



**VICTOR JORGE
FERREIRA
BASTOS**

**SÍNDROME DE ASPERGER: TRADUÇÃO E
TERMINOLOGIA**



**VICTOR JORGE
FERREIRA
BASTOS**

SÍNDROME DE ASPERGER: TRADUÇÃO E TERMINOLOGIA

Projeto apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Tradução Especializada (na vertente Saúde e da Ciências da Vida), realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Teresa Murcho Alegre, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro, e a coorientação do Professor Doutor Alberto Gómez Bautista, Professor Leitor do Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro.

Aos meus pais, pelo apoio que sempre me deram, e a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui.

o júri

presidente

Professora Doutora Katrin Herget
Leitora da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Anabela Valente Simões
Professora Adjunta da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Águeda – Universidade de Aveiro (arguente)

Professora Doutora Maria Teresa Murcho Alegre
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (orientadora)

agradecimentos

Este projeto é o fruto de longos meses de trabalho e de aprendizagem. Não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que me fizeram crescer e evoluir ao longo da elaboração do meu projeto, mas também durante o meu percurso académico na Universidade de Aveiro. A todos agradeço, e em particular:

À Prof.^a Doutora Teresa Alegre, pela sua disponibilidade, pelos ensinamentos que me transmitiu durante a Licenciatura e durante o Mestrado em Tradução Especializada, e também por todas as orientações preciosas que me ajudaram a preparar e a elaborar o meu projeto.

Ao Prof. Doutor Alberto Bautista, pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos e conselhos sempre pertinentes que me permitiram ultrapassar diversas dificuldades ao longo da elaboração deste projeto, mas também por tudo o que me ensinou ao longo da licenciatura e do mestrado.

A todos os professores que me acompanharam e me ajudaram a evoluir no meu percurso académico, pelo empenho e profissionalismo demonstrado na transmissão de conhecimentos.

Aos meus pais, pelo amor, apoio e coragem que sempre me deram e pelo investimento que fizeram em mim e que me permitiu chegar até aqui.

Por fim, agradeço a todos os que, de alguma forma, me acompanharam e me marcaram durante o meu percurso académico.

A todos, um grande e sincero obrigado.

palavras-chave

Tradução Especializada, Saúde e Ciências da Vida, Síndrome de Asperger, Tradução Comentada, Terminologia.

resumo

Este projeto de tradução insere-se no âmbito da Saúde e Ciências da Vida, sendo o texto traduzido um excerto de um guia teórico-prático, em espanhol, acerca da Síndrome de Asperger, elaborado pela Asociación Asperger España. Para além de uma apresentação das principais características desta patologia, será feita uma reflexão acerca do processo tradutológico, bem como sobre a terminologia relativa à temática da Síndrome de Asperger. Por fim, o glossário bilingue (ES-PT) criado após a tradução representa o resultado final da recolha e análise de terminologia efetuadas ao longo do processo de tradução.

keywords

Specialized Translation, Health and Science, Asperger Syndrome, Commented Translation, Terminology.

abstract

This translation project can be found within the theme of Health and Science with the translated text being an extract from a theoretical-practical guide, in Spanish, regarding the Asperger Syndrome, written by the Asociación Asperger España. Apart from the presentation of the main characteristics of this disease, a reflexion will be made about the translation process, as well as the terminology related to Asperger Syndrome's subject area. Finally, the bilingual glossary (ES-PT) developed after the translation represents the result of the gathering and analysis of the terminology during the translation process.

ÍNDICE

Capítulo I.....	5
1. Introdução	6
1.1. Escolha do tema e do Texto de Partida.....	8
1.2. A Síndrome de Asperger.....	10
1.2.1. A Síndrome de Asperger em Portugal	15
Capítulo II.....	19
2. Fundamentos teóricos.....	20
Capítulo III	25
3. Análise.....	26
3.1. O Texto de Partida.....	26
3.2. Ferramentas utilizadas	29
3.3. Terminologia.....	34
4. Dificuldades na tradução do Texto de Partida.....	37
Capítulo IV.....	43
5. Considerações finais	44
6. Bibliografia	46
Anexos	49
Texto de Partida	51
Texto de Chegada	147
Glossário	179

Abreviaturas

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIE-10 – *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*

DAMP – *Deficits in Attention, Motor Control and Perception*

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LC – Língua de Chegada

LP – Língua de Partida

PDCM – Perturbação da Coordenação Motora

PEA – Perturbações do Espectro Autista

PEL – Perturbações Específicas da Linguagem

PET – *Positron Emission Tomography*

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

SA – Síndrome de Asperger

SPECT – *Single Photon Emission Tomography*

ST – Síndrome de Tourette

TAC – Tradução Assistida por Computador

TC – Texto de Chegada

TCEFU – Tomografia Computorizada por Emissão de Fóton Único

TEP – Tomografia por Emissão de Positrões

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TP – Texto de Partida

Anexos

Anexo 1 – Texto de Partida

Anexo 2 – Texto de Chegada

Anexo 3 – Glossário

Capítulo I

1. Introdução

Este projeto é o fruto de longos meses de trabalho e de aprendizagem, representando o culminar do mestrado em Tradução Especializada (na vertente da Saúde e Ciências da Vida), que foi uma etapa extremamente enriquecedora na minha formação académica. Todos os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, mas também previamente, durante a licenciatura em Tradução, permitiram-me evoluir e ultrapassar as diversas dificuldades com as quais me fui deparando durante a elaboração deste projeto, quer na fase de análise do texto, na realização da tradução do documento escolhido ou ainda na elaboração do glossário bilingue anexo a este projeto.

Ao longo da elaboração do projeto, pude pôr em prática bastantes conhecimentos relativos à Tradutologia e a todos os processos a ela inerentes, como por exemplo: saber analisar o Texto de Partida (TP) e o Texto de Chegada (TC) tendo em conta o tipo de discurso, o público-alvo, a fonte, entre outros fatores relevantes; utilizar devidamente as ferramentas de apoio à tradução, nomeadamente as tecnológicas, com a utilização de memórias de tradução e bases de dados terminológicas; saber ultrapassar as dificuldades encontradas ao longo da tradução do TP e, finalmente, saber justificar as decisões efetuadas ao longo deste processo. Tudo isto com o objetivo de obter um produto final – a tradução – de qualidade.

Na verdade, todos os ensinamentos que me foram dados durante os últimos cinco anos na Universidade de Aveiro ajudaram-me a criar este projeto a partir do zero. Desde as amplas pesquisas iniciais, da recolha de possíveis temas e de textos suscetíveis de serem trabalhados no âmbito deste projeto até aos últimos retoques na revisão da tradução e do relatório do projeto, tudo o que aprendi ajudou-me sempre a avançar, etapa após etapa.

Este projeto é constituído por quatro capítulos principais. No primeiro capítulo, faz-se uma introdução ao projeto e explica-se o que levou à escolha da Síndrome de Asperger (SA) como temática de estudo e do documento que foi alvo de tradução. Neste capítulo, faz-se ainda um enquadramento teórico

relativamente à SA, havendo também especial atenção relativamente à situação desta síndrome em Portugal.

Já no segundo capítulo, são apresentados fundamentos teóricos acerca da área da Tradução, havendo um especial enfoque relativamente a assuntos como o perfil do tradutor, as etapas da tradução, as vantagens da utilização de determinadas ferramentas de apoio e também sobre certas metodologias propostas por autores de referência, que me influenciaram na abordagem e no processo de tradução.

No terceiro capítulo, procede-se a uma análise mais detalhada do texto que foi escolhido para ser traduzido no âmbito deste projeto, para além de uma análise das várias ferramentas utilizadas ao longo da tradução e de uma análise da terminologia relacionada com o TP e com o glossário resultante da recolha de termos relativos à SA. Neste capítulo, são também referidos diversos exemplos de dificuldades que surgiram ao longo do processo de tradução, mas também as soluções que foram encontradas para ultrapassá-las e de que forma estas foram alcançadas.

No quarto e último capítulo, encontram-se as considerações finais acerca deste projeto e também a Bibliografia e Webgrafia relativas ao mesmo. É também importante referir que, no apêndice que se segue ao quarto capítulo, encontram-se o TP, em espanhol, e o TC, traduzido para português, para além de um glossário bilingue (ES-PT), que contém 45 termos relativos à SA extraídos do TP, e que visa ajudar a colmatar a escassez de recursos terminológicos relativos à Síndrome de Asperger em português europeu.

1.1. Escolha do tema e do Texto de Partida

A tradução que faz parte do produto final do meu projeto de mestrado insere-se no âmbito da Saúde e Ciências da Vida e no domínio específico da Neurologia e Psiquiatria, sendo o *corpus* que escolhi para tradução constituído por um documento relativo à Síndrome de Asperger (um guia teórico-prático elaborado pela Asociación Asperger España). A minha escolha recaiu neste documento porque este contém bastante informação acerca desta síndrome, oferecendo uma visão teórico-informativa, mas também prática da SA, ao fornecer orientações e estratégias educativas específicas para pessoas com esta síndrome.

Neste documento, e nomeadamente nos capítulos 2, 3, 4 e 5, encontra-se uma descrição histórica, para além da apresentação dos principais critérios de diagnóstico aceites pela comunidade científica internacional e ainda as principais teorias neuropsicológicas que ajudam a explicar esta síndrome e os seus aspetos neurobiológicos. Dos doze capítulos que o documento contém, decidi traduzir estes cinco capítulos, uma vez que estes eram os mais ricos em terminologia específica, o que representaria um maior desafio durante o processo de tradução e me permitiria fazer uma recolha terminológica mais ampla, a fim de criar posteriormente um glossário bilingue.

Desde o início, tinha como objetivo escolher um domínio e, mais especificamente, um documento que me permitisse aplicar os múltiplos conhecimentos que pude adquirir durante a minha formação e que estivesse relacionado com uma área médica, tendo em conta que escolhi a vertente da Saúde e Ciências da Vida no mestrado em Tradução Especializada. O cérebro humano é sem dúvida alguma bastante complexo e, desde sempre, a área da Psiquiatria, bem como a da Neurologia, foram áreas que despertaram o meu interesse. Assim, após várias pesquisas e tendo em conta o meu interesse nestas áreas, a SA acabou por se tornar numa opção lógica no momento de escolher um texto para traduzir. Outro ponto que me levou a esta escolha foi o facto de a SA ser uma patologia sobre a qual ainda há, no nosso país, algum desconhecimento ou, no mínimo, algumas dúvidas no seio do público em geral.

Sendo a SA uma perturbação mental pouco comum, muitas vezes é diagnosticada tardiamente em crianças afetadas por esta patologia, devido à falta de conhecimento por parte dos pais/encarregados de educação ou até mesmo por parte dos profissionais, nomeadamente dos professores ou educadores. A SA já foi por diversas vezes confundida com outras patologias, tais como a Esquizofrenia, a Depressão ou ainda o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e, inclusive, algumas vezes é até completamente ignorada por aqueles que lidam com pessoas afetadas por esta síndrome, uma vez que estas podem ser apenas consideradas pessoas “estranhas” para os padrões típicos de desenvolvimento.

Trata-se, em suma, de situações que poderiam ser evitadas com uma maior divulgação e conhecimento desta patologia. Desta forma, com a realização deste projeto, espero poder contribuir para a melhor compreensão da sua terminologia e, eventualmente, para a sua divulgação, visto que o conhecimento dos sintomas da SA é, sem dúvida, uma das chaves que levam à sua deteção precoce, deteção essa que permite ajudar as pessoas com SA e os seus familiares a conviver melhor com esta síndrome.

1.2. A Síndrome de Asperger

Em 1944, Hans Asperger, um pediatra austríaco, publicou um artigo numa revista alemã de psiquiatria e neurologia, onde descrevia um grupo de crianças com características similares e muito peculiares, que nunca tinha visto antes. Atualmente, esta síndrome, que é uma das Perturbações do Espectro Autista (PEA), é conhecida como Síndrome de Asperger (SA) e situa-se dentro dos transtornos generalizados do desenvolvimento (Prudencio, S. et al., 2004: 6).

Antes de analisarmos mais detalhadamente a SA e as suas principais características, vale a pena debruçarmo-nos sobre as áreas da Psiquiatria e da Neurologia, nas quais a SA se insere. A primeira é a ciência que se dedica ao estudo e ao tratamento das doenças mentais, tendo como objetivo prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar os distúrbios da mente. Os tratamentos psiquiátricos podem dividir-se em dois grandes tipos: os biológicos, que podem incluir medicação e até mesmo choques elétricos, a fim de atuarem na bioquímica do cérebro, e os psicoterapêuticos, que recorrem às técnicas da Psicologia – a ciência que estuda o comportamento e os processos mentais.

A Neurologia, por sua vez, é uma especialidade médica que diagnostica e trata as doenças do Sistema Nervoso Central (encéfalo e espinal medula) e dos Sistemas Nervosos Periférico e Autónomo. O Sistema Nervoso Central é o órgão que coordena toda a atividade do nosso corpo. Possui, para além das funções de coordenação, funções específicas, das quais se destacam a atividade motora (marcha, força muscular), a sensibilidade e a coordenação. Contribui também para um normal funcionamento da visão, audição, paladar e cheiro, bem como para a expressão da linguagem ou dos afetos.

A SA insere-se, como já foi referido, nestas duas áreas intimamente ligadas. De acordo com o neuropediatra e psicólogo Dr. Josep Artigas, que colaborou na realização do guia teórico-prático que serviu de TP para a tradução, pode ser definida como uma perturbação do desenvolvimento, de base neurobiológica, que afeta o funcionamento social e o conjunto de

atividades e interesses, e que está vinculada a uma disfunção de diversos circuitos cerebrais (Prudencio, S. et al., 2004: 24).

O neuropediatra afirma também que, sendo que o déficit central da SA está relacionado com uma perturbação da cognição social, o papel da amígdala e da relação entre esta, o cerebelo e diversos circuitos cerebrais (circuitos frontoestriados e temporais) poderá ser determinante nesta perturbação. Assim, sublinha também que é importante que se abordem mais os mecanismos cognitivos subjacentes ao nível mais simples, que se estude mais o funcionamento do cérebro das crianças com SA, a fim de perceber de que forma certas disfunções se aproximam ou coincidem com disfunções próprias de outros transtornos (Prudencio, S. et al., 2004: 26).

Atualmente, não existe nenhum marcador biológico que permita detetar os quadros de SA e, por isso, o seu diagnóstico continua a ser clínico, baseado nos comportamentos observados, no histórico de desenvolvimento e no perfil psicológico do sujeito (Prudencio, S. et al., 2004: 7). Apesar de ser importante olhar cada caso individualmente, existem alguns sinais de alerta que os pais/educadores devem ter em atenção para que haja uma deteção precoce. As crianças com SA costumam ter as características seguintes, enumeradas por Attwood (2009: 56):

- Atraso da maturidade e do raciocínio social;
- Empatia imatura;
- Dificuldades em fazer amigos, sendo que, frequentemente, são vítimas de troça por parte de outras crianças;
- Dificuldades na comunicação e no controlo das emoções;
- Destreza pouco comum na linguagem: vocabulário e sintaxe normais, mas com presença de atraso na capacidade de conversação, com prosódia pouco comum e tendência a ser pedante;
- Fascínio extravagante por um tema, na intensidade ou na forma de lhe prestar atenção;
- Dificuldade em manter a atenção nas aulas;

- Perfil pouco comum de aptidões de aprendizagem;
- Necessidade de apoio em algumas tarefas de autossuficiência e de organização;
- Torpor motor, tanto no que diz respeito à marcha como à coordenação;
- Grande sensibilidade a ruídos, aromas ou texturas concretos.

Tendo em conta que determinados circuitos córtico-subcorticais e neurotransmissores estão implicados em diversos transtornos do desenvolvimento, é frequente que a SA esteja associada a outras perturbações, nas quais as mesmas estruturas neurobiológicas e neurotransmissores estão envolvidos. Assim, em diversos casos de SA, existe comorbilidade com outros transtornos, tais como a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), a Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora (PDCM), o Transtorno da Aprendizagem Não Verbal (TANV), a Síndrome de Tourette (ST), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), entre outros. É, por isso, importante analisar atentamente os detalhes comportamentais e, quando necessário, recorrer a exames, nomeadamente através de técnicas como a Neuroimagem, para analisar mais cuidadosamente a atividade cerebral, visto que as fronteiras entre uns transtornos e os outros são por vezes bastante ténues e que várias perturbações, para além da SA, podem coexistir num mesmo paciente (Prudencio, S. et al., 2004: 25-28).

Apesar de não existir nenhum fármaco específico para a SA, é muito importante tratar determinados sintomas, pelo que se devem realizar exames orientados para uma eventual manifestação comórbida que possa ser tratada (Prudencio, S. et al., 2004: 37). Na maioria dos casos de SA, as manifestações mais importantes situam-se no plano cognitivo e comportamental, com características bastante específicas. (Prudencio, S. et al., 2004: 28).

Cada paciente é diferente do outro, e cada um, segundo a idade que tem, merece considerações específicas no que diz respeito à resposta aos fármacos. A introdução lenta de um fármaco permite minimizar possíveis efeitos

secundários que, por vezes, desanimam a família a continuar a administrar um produto que consideram como negativo pelo facto de ter produzido resultados indesejados. Uma introdução lenta permite, em suma, ajustar a dosagem da forma mais precisa, porque cada paciente pode responder de maneira diferente a determinadas dosagens (Prudencio, S. et al., 2004: 37-38).

Perante alguns dos sinais de alerta que foram anteriormente enunciados, é logicamente aconselhável que a criança/jovem seja observada numa consulta especializada (como por exemplo, de Pediatria de Desenvolvimento, Neuropediatria ou Pedopsiquiatria), para que possa ser feita uma avaliação global das suas características, a nível físico e psicológico. Attwood (2009: 56-57) enumera diversas vias para chegar a um diagnóstico de SA:

- Diagnóstico de Autismo na primeira infância, e evolução, durante os anos de escolaridade, para Autismo de Alto Funcionamento ou SA;
- Reconhecimento da síndrome por parte de um professor quando a criança inicia a escola primária;
- Diagnóstico prévio de outra perturbação do desenvolvimento, como a PHDA, de uma perturbação ou atraso da linguagem ou do movimento, de um transtorno alimentar ou ainda de uma incapacidade na aprendizagem não verbal;
- Os sinais de SA manifestam-se apenas durante a adolescência, quando as expectativas sociais e académicas passam a ser mais complexas;
- Aparecimento de problemas de comportamento e conflitos com os pais, professores e outras autoridades escolares;
- Identificação dos sinais de SA num familiar, quando a revisão dos antecedentes familiares da criança identifica outros membros da família com características similares;
- As descrições da SA nos meios de comunicação, livros e artigos em revistas podem levar a que uma pessoa solicite um diagnóstico para si mesma ou para um membro da sua família;

- Problemas laborais, especialmente no que diz respeito a conseguir e manter um emprego que seja adequado à preparação, formação e aptidões da pessoa com SA.

Attwood (2009: 57) sublinha ainda que quando uma criança com SA se apercebe de que é diferente das demais, pode pôr em prática determinadas estratégias compensadoras ou de adaptação, de entre as quais destaca as quatro seguintes: sentimento de culpa e depressão; evasão através da imaginação; negação e petulância; imitação de outras crianças e de personagens.

No entanto, Attwood aponta também diversas vantagens (2009: 57-58) decorrentes de um diagnóstico de SA:

- Prevenção ou redução dos efeitos de algumas estratégias compensadoras ou de adaptação;
- Dissipação da preocupação de se sofrer de outras doenças ou da possibilidade de se estar louco;
- Reconhecimento de que a pessoa com SA tem reais dificuldades em afrontar as experiências sociais que para os outros são simples e motivo de satisfação;
- Mudança positiva das expectativas, da aceitação e do apoio que recebe dos outros, o que é importante, visto que as pessoas com SA necessitam mais de elogios do que de críticas sobre as suas habilidades sociais;
- Reconhecimento da sua confusão e do seu esgotamento nas situações sociais;
- A escola pode aceder aos recursos disponíveis para ajudar a criança e o seu professor;
- Uma pessoa adulta com SA pode aceder aos serviços de apoio para a sua orientação profissional e a sua formação e educação complementar;

- Maior conhecimento sobre si próprio, maior capacidade de autodefesa e melhor tomada de decisões relativas à sua carreira ou profissão, amigos e relações;
- Sensação de identificação com uma cultura valorizada;
- A pessoa deixa de se sentir estúpida, deficiente ou louca.

Por fim, entre os inconvenientes de um diagnóstico de SA, o autor destaca os seguintes (2009: 58):

- Algumas crianças ou adultos podem dificultar a vida da pessoa com SA e fazer troça por ela padecer de um transtorno diagnosticado por um psicólogo ou psiquiatra;
- O diagnóstico pode limitar as expectativas dos demais, que supõem, incorretamente, que a pessoa com SA nunca será capaz de ter êxito social, académico e pessoal no mesmo grau que o resto das pessoas.

1.2.1. A Síndrome de Asperger em Portugal

A SA é uma patologia ainda não muito bem conhecida em Portugal, sendo muitas vezes confundida com o Autismo e passando muitas vezes despercebida aos olhos de pais e educadores. A deteção destes casos tem, apesar de tudo, crescido ao longo dos últimos anos e crê-se que várias dezenas de milhares de pessoas sejam afetadas por esta síndrome em Portugal, sendo que Palha (2009) refere que existe no nosso país um número superior a 50.000 pessoas com esta perturbação, explicando também que os indivíduos do sexo masculino são aproximadamente quatro vezes mais atingidos do que os indivíduos do sexo feminino.

Assim, e tendo em conta a relativa falta de conhecimento e a incidência da SA, há uma necessidade de divulgação junto da sociedade para uma melhor deteção e compreensão da mesma. O papel das associações pode, por isso,

tornar-se bastante importante. A mais importante associação relacionada com a SA no nosso país, a Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger (APSA), foi criada em 2003 e é atualmente reconhecida como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). A APSA tem como missão a integração social, escolar e profissional das pessoas com SA, favorecendo as condições para uma vida mais digna. As atividades da APSA estendem-se a todo o país e ilhas, sendo que, para além da sua sede em Lisboa, possui também uma delegação em Matosinhos.

Ao longo dos últimos anos, a APSA tem desempenhado um papel importante na divulgação da SA e na implementação de ações relacionadas com os aspetos científicos, educacionais, investigacionais e sociais da síndrome. Entre as atividades e apoios propostos estão o treino de competências sociais, ações de sensibilização e formação para a SA, apoio às famílias (nomeadamente através de reuniões de pais), atendimento e encaminhamento escolar e vocacional, atividades culturais e de lazer, apoio jurídico, organização de seminários a nível nacional e internacional, tradução e edição de livros sobre a SA, atendimento a professores e colaboração com estudantes na elaboração de trabalhos.

Para além desse trabalho de divulgação e de apoio, a associação, com o apoio dos seus parceiros, tem também desenvolvido importantes projetos de intervenção. Destacam-se nomeadamente a recente criação da Casa Grande, em Lisboa, e também o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) de Valpedre, em Penafiel, que são espaços de capacitação de jovens e adultos com SA, tendo em vista a sua autonomia e futura inclusão socioprofissional.

Com a Casa Grande, a APSA dinamiza diversas atividades e programas de apoio às pessoas com SA, às suas famílias e à comunidade (nomeadamente escolar e empresarial). Na Casa Grande, são propostas múltiplas atividades de integração comunitária, como por exemplo: treino de competências sociais, treino de autonomia funcional e comunitária, ateliês de horticultura, jardinagem, informática, expressão plástica, música, costura, doçaria, yoga, entre outras.

Por sua vez, o CAO de Valpedre, em Penafiel, gerido pela APSA Norte, destina-se a jovens e adultos com idade superior a 16 anos que tenham completado a escolaridade obrigatória e que, por condicionalismos diversos, tenham dificuldades em integrar ou manter uma atividade produtiva. O CAO de Valpedre tem como principal objetivo a valorização pessoal e a promoção de competências que contribuam para uma maior funcionalidade, integração social e profissional destas pessoas.

Tal como a Casa Grande, em Lisboa, o CAO oferece vários tipos de atividades, desde o treino de competências sociais, o treino de autonomia funcional e comunitária, até ateliês de diversos géneros (horticultura, jardinagem, trabalhos manuais, comunicação escrita, artes plásticas, entre outros), para além de saídas culturais, natação ou ainda cinema.

Com o apoio dos parceiros sociais da APSA e com a divulgação crescente desta síndrome, é de prever que a importância desta IPSS venha a crescer cada vez mais, como tem vindo a ser o caso nos últimos anos, e que mais pessoas com SA possam vir a ser ajudadas e integradas na nossa sociedade da melhor forma possível.

Capítulo II

2. Fundamentos teóricos

A profissão de tradutor é uma profissão que, contrariamente ao que muitas pessoas que não conhecem bem esta área poderiam pensar, é bastante complexa e exigente. A tradução consiste na transmissão do conteúdo presente num texto original (Texto de Partida), escrito numa determinada língua original (Língua de Partida – LP), para um texto (Texto de Chegada) escrito noutra língua (Língua de Chegada – LC) (Munday, 2001: 5).

O tradutor deve respeitar quer a forma, quer o conteúdo dos textos que lhe são confiados e deve inclusive estar atento a possíveis erros presentes nestes e corrigi-los, procurando sempre que se chegue um produto final de qualidade. É essencial que o tradutor consiga transmitir a mensagem do TP de forma eficaz, uma vez que uma tradução errada, sobretudo numa área mais específica (como a medicina, por exemplo), poderia ter graves consequências (por exemplo, má utilização de determinados fármacos ou conselhos de tratamento inapropriados).

Assim, e dependendo do domínio no qual se insere o texto a traduzir, as responsabilidades do tradutor podem ser bastante consideráveis. O tradutor deve não só possuir conhecimentos vastos e sólidos nas suas línguas de trabalho, mas também saber trabalhar com ferramentas de apoio à tradução (nomeadamente para a TAC – Tradução Assistida por Computador), com memórias de tradução e bases de dados terminológicas, para além de saber utilizar vários tipos de recursos que lhe permitam ultrapassar dificuldades no processo de tradução. No meu caso, durante a realização do meu projeto, decidi utilizar o programa de apoio à tradução *memoQ*, com o qual tive a oportunidade de trabalhar durante a licenciatura em Tradução e também no mestrado em Tradução Especializada.

Relativamente ao perfil do tradutor, este deve ser minucioso, polivalente, esforçado e sempre atento ao mundo que o rodeia, uma vez que poderá vir a ter de trabalhar com as mais diversas temáticas. O mesmo se aplica também a um tradutor especializado, embora a sua especialização numa determinada área possa delimitar um pouco mais as temáticas com as quais poderá vir a trabalhar.

Essa especialização pode, por exemplo, estar relacionada com a área literária, científica, médica ou ainda jurídica e pode ser bastante proveitosa para um tradutor, uma vez que o mercado de trabalho atual é cada vez mais exigente, a nível de qualidade, de eficácia e de rapidez.

Segundo a análise das características do TP e da finalidade da tradução, é pertinente que o tradutor eleja um método de tradução a adotar. Isto implica que determinados princípios gerais sejam respeitados, de acordo com as características do TP e com a sua função textual. O método de tradução influenciará o processo de tradução, as decisões que o tradutor tomar e, inevitavelmente, o produto final, uma vez que se trata de uma abordagem global do texto e da tradução.

Na história da Tradutologia, ao longo de muitos anos, vários autores desenvolveram diversas abordagens no que diz respeito a métodos e estratégias de tradução (cf. Hurtado Albir, 2007, p. 257, para a distinção entre método, estratégia e técnica). Dois grandes polos opostos eram apontados: o da tradução livre vs. o da tradução literal. Vinay e Dalbernet referiam a tradução direta e a tradução oblíqua (Munday, 2001: 56-60), a primeira mais próxima da conceção clássica "palavra a palavra", sendo que a segunda era utilizada quando a tradução literal não era possível. Newmark (1981), por sua vez, aponta diversos graus de liberdade na tradução (entre os dois polos mais extremos – tradução literal e tradução livre), e faz, por exemplo, uma distinção entre tradução semântica e tradução comunicativa, sendo a primeira mais centrada no autor e própria dos textos expressivos e a segunda mais dirigida ao destinatário do TC e frequente em textos informativos.

No entanto, Hurtado Albir (2007) critica a classificação dicotómica anteriormente referida dos métodos de tradução, assim como a compartimentação metodológica das traduções baseadas em conceções monofuncionais dos textos (por exemplo, a ideia de que nos textos poéticos se deve usar unicamente a tradução livre e de que nos textos técnicos se deve empregar apenas a tradução literal.) A autora distingue, tendo em conta os objetivos do tradutor, o processo de tradução e o contexto sócio-histórico, vários métodos de tradução. Segundo Hurtado Albir (2007: 249), o método de

tradução supõe o desenvolvimento de um processo de tradução regido por determinados princípios, em função do objetivo da tradução, e responde a uma opção global que abrange todo o texto.

Visto que a decisão de adotar um determinado método de tradução depende do contexto no qual esta se realiza, bem como da sua finalidade (Hurtado Albir, 2007: 251), considerei pertinente analisar os diversos métodos propostos pela autora, a fim de decidir qual deveria ser adotado no processo de tradução do TP deste projeto. Deste modo, o método que eu elegi para abordar a tradução anexa ao meu projeto, foi o **método interpretativo-comunicativo** (Hurtado Albir, 2007: 252).

Este método consiste na compreensão e reexpressão do TP, conservando a finalidade, a função e o género textual do mesmo, procurando produzir o mesmo efeito no destinatário do TC. Optei por este método, pelo facto de este guia realizado pela Asociación Asperger España ser um documento de carácter teórico-prático, mas sobretudo, assumidamente informativo, como aliás se poderá notar na análise do TP, mais adiante. No documento, encontra-se bastante terminologia de teor médico, sendo que, por vezes, procedi à tradução literal dos termos; no entanto, quando necessário, não os traduzi literalmente, de maneira a que a mensagem original correspondesse da melhor forma ao destinatário, no TC: por exemplo, escolhi traduzir determinados termos médicos de forma não literal – como PET e SPECT –, devido ao facto de existirem outros equivalentes não literais, mas mais utilizados em Portugal. Estas opções que tomei serão explicadas no capítulo 4.

Em suma, a minha prioridade foi transpor a mensagem contida no TP para o TC da forma mais correta e coerente possível, tomando a opção de me afastar da versão original quando necessário, mas sempre tendo em atenção, tal como o método interpretativo-comunicativo indica, o facto de manter a finalidade, a função e o género textual do TP na minha tradução.

Para além do método que escolhi, Hurtado Albir (2007: 252) propôs ainda outros três métodos, a saber: o método literal (reprodução do sistema linguístico original – tradução palavra por palavra, sintagma por sintagma ou frase por frase); o método livre (tradução em que mudaria a dimensão semiótica

ou a dimensão comunicativa, devido ao facto do destinatário do TC ser diferente do destinatário do TP); por fim, o método filológico (aquele em que o TP se torna objeto de estudo e em que o tradutor adiciona notas e comentários).

A adoção de um método de tradução tem implicações no resultado textual que se obterá no final, e está intimamente ligada à finalidade da tradução. Já relativamente aos procedimentos técnicos ou técnicas de tradução, estes podem ser definidos, contrariamente aos métodos de tradução, como procedimentos linguísticos que afetam unidades linguísticas mais delimitadas dentro do texto (palavra, grupo nominal e/ou frase). Segundo Hurtado Albir (2007: 308), a conveniência do uso de uma determinada técnica é funcional, variando de acordo com o tipo de texto a traduzir, mas também com a finalidade do mesmo e ainda com o método de tradução escolhido pelo tradutor.

Debrucemo-nos agora sobre o processo de tradução. Este é dividido em várias etapas. O tradutor deve ser capaz de organizar-se de forma a tornar o seu trabalho mais fácil e, acima de tudo, de forma a garantir um produto final de qualidade. Antes de se lançar na ação concreta de traduzir, o tradutor tem de ter em consideração determinados pontos, como por exemplo a identificação prévia de terminologia específica relativa à área em que o texto a traduzir que se insere. Ao identificá-los e ao compreender o seu significado, o tradutor será capaz de optar pelos equivalentes adequados e validá-los aquando da tradução.

Gouadec (2007: 12-13), cujo modelo decidi seguir no meu projeto, divide o processo de tradução em três grandes etapas: a **pré-tradução**, a **tradução** e a **pós-tradução**.

1. Pré-tradução: o processo de tradução inicia-se com a fase de receção do documento, antes de se partir para a análise do texto. Essa análise é composta pela leitura e compreensão do TP, sendo que o tradutor pode ir anotando e fazendo o levantamento de eventuais dificuldades. O tradutor deve ter em consideração diversos fatores, tais como a língua, fonte e suporte, título/autor, género e funções textuais, tema e conteúdo. Deve também identificar o público a que se dirige o TC, a sua função comunicativa e ainda a sua estrutura. Para além disso, nesta primeira

fase, o tradutor deve igualmente reunir os recursos de apoio à tradução, nomeadamente as ferramentas que utilizará, a recolha de textos de referência ou paralelos, recursos terminológicos e até mesmo a opinião de especialistas da temática em questão.

2. Tradução: Nesta etapa, o tradutor passa à ação central do processo de tradução, isto é, proceder à transferência dos elementos da LP para a LC. Durante esta fase, são postos em prática os conhecimentos linguísticos, bem como outros conhecimentos, relativos à terminologia, discurso, coesão textual, formatações gráficas, bem como conhecimento do funcionamento de ferramentas de trabalho, nomeadamente de Tradução Assistida por Computador. O tradutor ver-se-á confrontado com dificuldades ao longo da tradução, mas se tiver havido uma boa preparação prévia, terá muito mais probabilidades de as ultrapassar e de realizar uma boa tradução, poupando até algum tempo.
3. Pós-tradução: Trata-se da última grande fase do processo de tradução. Esta etapa está relacionada com o controlo de qualidade e de critérios, através da revisão, à qual se segue posteriormente a entrega do texto de chegada ao cliente. Os principais parâmetros de revisão são a coesão e organização micro e macroestrutural, a consistência terminológica e idiomática, a adequação estilística e pragmático-funcional e ainda a correção ortotipográfica. É feita uma análise crítica das soluções encontradas que, por vezes, precisam de uma revalidação para dissipar quaisquer dúvidas que restem ou suspeitas de eventuais erros. Após essa análise crítica, pode ainda haver uma última revisão, por parte de um revisor técnico, por exemplo, antes da entrega ao destinatário final.

Capítulo III

3. Análise

3.1. O Texto de Partida

O Texto de Partida do meu projeto é um documento em espanhol, intitulado *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. O documento é, como o título indica, um guia teórico-prático acerca da Síndrome de Asperger e foi elaborado pela Equipa Deletrea, consultor técnico da Asociación Asperger España, contando com a colaboração de Juan Martos Pérez (diretor da Equipa Deletrea, licenciado em Psicologia e consultor técnico do Centro específico de Autismo Juan Martos), Sandra Freire Prudencio (licenciada em Pedagogia), María Llorente Comí, Ana González Navarro, Candelas Martínez Díaz-Jorge e Raquel Ayuda Pascual (todas licenciadas em Psicologia) e também do Dr. Josep Artigas Pallarés (neuropediatra e psicólogo, que trabalha no Hospital de Sabadell, em Barcelona).

Deletrea é um centro de Psicologia e Linguagem sediado em Madrid, especializado no diagnóstico, na avaliação da linguagem e no tratamento das Perturbações do Espetro Autista (PEA) e que tem como objetivo trabalhar a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de PEA e de Perturbações Específicas da Linguagem (PEL). No Centro Deletrea, são realizados programas de estimulação em contexto clínico com o objetivo de melhorar nomeadamente as competências de comunicação e linguagem, de jogo e de interação social das pessoas com PEA e PEL. Para além disso, são realizadas também diversas terapias clínicas individuais ou em grupo, visitas domiciliárias, formação e apoio a profissionais e ainda avaliações e diagnósticos.

Este guia teórico-prático tem noventa páginas e é composto por onze capítulos, tratando de assuntos como a descrição histórica e os critérios de diagnóstico para a SA, o funcionamento neuropsicológico da SA, o funcionamento cognitivo da SA, os aspetos neurobiológicos da SA, a SA na infância, na adolescência e na idade adulta, a SA e a relação com a família ou ainda as estratégias gerais de intervenção para as pessoas que padecem desta patologia. Estes tópicos são abordados em cada capítulo correspondente,

estando alguns deles desenvolvidos em subtópicos. Os capítulos traduzidos no TC são o capítulo 2 (*Descripción histórica y criterios diagnósticos*), o capítulo 3 (*Funcionamiento neuropsicológico en el Síndrome de Asperger*), o capítulo 4 (*Funcionamiento cognitivo en el Síndrome de Asperger*) e o capítulo 5 (*Aspectos neurobiológicos del Síndrome de Asperger*), situados entre as páginas 6 e 40 do TP.

A linguagem utilizada no documento é em boa parte de teor médico, visto que a área do conhecimento em que este se insere é a Medicina e, mais especificamente, a Neurologia e a Psiquiatria, na qual se situa a SA. Assim, encontra-se diversas vezes no texto uma terminologia específica, relativa a estas áreas do saber. Os excertos seguintes são, aliás, prova disso mesmo:

"(...) Parece razonable atribuir un papel central a la **amígdala y circuitos frontoestriados, temporales y cerebelo**, estructuras involucradas en el desarrollo de la **relación social**." (p. 24); "El **ST** comparte algunos síntomas con el **SA**, tales como **ecolalia** y **palilalia, conductas obsesivo-compulsivas, conductas motoras anormales y estereotipias**." (p. 29); "Las **estereotipias motoras** (...) pueden estar incluidas en un contexto conductual asociadas a la **hiperactividad** motora propia del **TDA-H** y **DAMP**. Estas manifestaciones pueden estar relacionadas con alteraciones de las **vías mesolímbicas** que contienen **dopamina**." (p. 30); "Algunos expertos consideran conveniente la práctica sistemática de un **cariotipo**, además del estudio molecular para el **Síndrome X-Frágil**." (p. 36); "Menos justificado está todavía solicitar pruebas de alto nivel tecnológico, cuya utilidad en el SA está restringida al uso experimental, de acuerdo a protocolos de investigación (**PET, SPECT, Magnetoencefalografía, RM funcional**)." (p.37).

No entanto, o TP tem claramente uma função de divulgação das características, dos sintomas e das causas da SA. Os autores referem que "la necesidad de información sobre este síndrome y la escasez de documentos escritos en español han llevado, junto a un equipo de profesionales, a elaborar y difundir este documento de carácter informativo." (p. 4). Desta forma, apesar da frequente linguagem de teor médico e da terminologia específica presente no TP, relacionada sobretudo com a SA, o texto tem uma função assumidamente

informativa, sendo que se dirige a pessoas com SA, mas também a pais e educadores destas pessoas, utilizando em várias ocasiões uma linguagem mais acessível, dirigida ao público-alvo do TP.

Ao longo do texto, podemos encontrar algumas referências relativamente ao objetivo do TP ou ainda ao papel ou à percepção dos pais e educadores de pessoas com SA: "El carácter eminentemente práctico que hemos querido otorgar a este documento nos ha llevado a incluir orientaciones y estrategias educativas específicas para cada una de las etapas anteriormente citadas." (p. 5); "Si bien conocer la etiqueta diagnóstica suele ofrecer una mayor tranquilidad a las familias y a las personas que padecen el trastorno (...) no es suficiente una etiqueta diagnóstica para mejorar la calidad de vida de estas personas." (p. 13); "Se debe hacer notar que no es raro que algunos síntomas depresivos pasen desapercibidos por los padres, y únicamente a partir de la entrevista individual con el niño puedan ser evidenciados." (p.36); "A diferencia de otras enfermedades de síntomas objetivables o cuantificables por métodos técnicos, en el SA la mejoría se basa casi exclusivamente en la opinión de padres o educadores." (p. 38).

3.2. Ferramentas utilizadas

Durante a realização deste projeto, foi necessário recorrer a diversas ferramentas, de forma a realizar uma tradução correta. Antes de mais, era necessário compreender da melhor maneira possível o TP, que contém uma terminologia específica, relacionada com a Neurologia/Psiquiatria e a SA, e que eu não dominava bem à partida. As pesquisas na internet foram um grande aliado a este nível, permitindo-me encontrar textos paralelos (como por exemplo, sites da especialidade ou ainda teses de mestrado), relacionados com a SA e com outras patologias referidas no texto, bem como confirmar a utilização de determinados termos e os seus equivalentes na LC. Ainda assim, foi necessário recorrer a outras ferramentas de apoio para assegurar-me de que a tradução estaria correta.

Entre elas, estão os dicionários, uma ferramenta indispensável para o trabalho do tradutor. Sendo que a utilização manual destes pode tornar-se mais demorada e que essa é uma das dificuldades que cada tradutor deve tentar evitar sempre que seja possível, houve da minha parte uma maior utilização de dicionários em formato eletrónico, eficazes, mas também mais rápidos e constantemente atualizados, para efetuar pesquisas e verificação de variados termos.

Os dicionários *online* que mais utilizei durante a tradução (e também durante a criação do glossário bilingue que realizei após a tradução) são os seguintes:

- **Priberam:** o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (DPLP) permitiu-me verificar bastantes definições de termos. Trata-se de um dicionário português, fiável, com definições frequentemente bem construídas e esclarecedoras. Acessível em www.priberam.pt/dlpo/Default.aspx.

- **Infopédia:** dicionário *online* da Porto Editora, que inclui dicionários multilingues, o que foi particularmente útil no momento de procurar

equivalentes em português para determinados termos em espanhol. Inclui também um dicionário de termos médicos em português, o que me foi útil para encontrar definições para certos termos relativos à SA ou às PEA, sobretudo durante a construção do glossário. Acessível em www.infopedia.pt.

- **Larousse**: este conceituado dicionário/enciclopédia francês também me foi útil, uma vez que possui dicionários multilingues, incluindo espanhol-francês, permitindo-me, graças ao meu domínio do francês, esclarecer algumas dúvidas relativas a termos cuja tradução para português foi um pouco mais complicada. Possui também artigos bem construídos na parte da enciclopédia. Acessível em www.larousse.fr.

- **Linguee**: trata-se de um dicionário multilingue, bastante útil quando se trata de verificar termos ou expressões, visto que apresenta vários resultados com o respetivo contexto e com uma tradução. Evidentemente, não pode ser seguido sem uma análise atenta, visto que o contexto em que a tradução é proposta pode não ser o mais adequado para a tradução que o tradutor está a efetuar, já que determinados termos podem, por vezes, ter vários significados, dependendo do contexto em que são utilizados. Desta forma, torna-se necessário que o tradutor verifique se o contexto da tradução do termo ou expressão proposto é o mesmo da do TP. Ainda assim, o Linguee é uma ferramenta útil, que pode por vezes ajudar a compreender melhor o contexto da utilização de um termo. Acessível em <http://www.linguee.es>.

- **Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española**: este dicionário espanhol pertence, como indicado, à Real Academia Española, instituição cultural sediada em Madrid que se dedica à regularização linguística da língua espanhola, e foi uma ajuda útil para entender muitas vezes o significado de diversos termos em espanhol, presentes no TP. Acessível em www.rae.es.

Para além dos dicionários, foram utilizadas outras ferramentas de apoio, como por exemplo:

- **Manual Merck:** manual escrito em língua portuguesa e que contém uma vasta gama de informações acerca de diversas áreas da medicina, incluindo uma área em particular – perturbações mentais –, que me interessava particularmente, devido à temática escolhida para o meu projeto. É uma boa ferramenta de apoio para a compreensão de diversas patologias, com uma linguagem clara e concisa. Acessível em <http://www.manualmerck.net/>.

- **IATE:** trata-se de uma base de dados terminológica multilingue, na qual são inseridos milhares de fichas terminológicas acerca de vários domínios, em várias línguas, por profissionais que trabalham no seio da União Europeia. Sendo que os termos inseridos são aprovados pela União Europeia, esta base de dados pode constituir um bom ponto de partida para verificar a qualidade da tradução de determinados termos. O IATE tem, apesar de tudo, algumas lacunas (nomeadamente repetições a nível de resultados), mas prevê-se que venha no futuro a ser alvo de retificações. Assim, com pesquisas adicionais, quer em textos paralelos ou *sites* da especialidade em questão, o IATE poderá continuar a ser uma ferramenta útil para os tradutores ao longo dos próximos anos. Acessível em <http://iate.europa.eu/SearchByQueryLoad.do?method=load>.

- **Médicos de Portugal:** este é um glossário português de cariz médico que contém bastantes termos sobre diversas áreas da medicina, alguns deles bastante complexos. Assim, torna-se numa ferramenta bastante útil na hora de criar um glossário relacionado com uma área médica, como foi o meu caso, visto que o glossário Médicos de Portugal apresenta bastantes definições bem construídas e fiáveis de muitos termos médicos. Acessível em <http://medicosdeportugal.sapo.pt>.

Para além destas ferramentas *online*, há outras ferramentas extremamente importantes para o tradutor, nomeadamente as de Tradução Assistida por Computador (TAC). As tecnologias de apoio à Tradução têm-se tornado essenciais para os tradutores ao longo dos últimos anos, visto que os ajudam a fazer um bom trabalho no menor espaço de tempo possível. É importante que o tradutor saiba guardar as melhores armas do seu lado, de modo a fazer a melhor tradução possível, sem demorar demasiado tempo, algo que nos dias de hoje é cada vez mais indispensável.

Assim, para além dos programas de tradução, entre os quais estão o *Trados* ou ainda o *memoQ*, é importante também que o tradutor saiba utilizar bem processadores de texto (como o MS Word), de PDF (e de conversão destes), dicionários e enciclopédias (como os já mencionados, por exemplo), entre outros.

Relativamente aos *softwares* de tradução, a minha escolha recaiu, como já referido anteriormente, sobre o ***memoQ***, com o qual já tinha tido a oportunidade de trabalhar ao longo da licenciatura em Tradução e durante o mestrado em Tradução Especializada. Este é um *software* criado pela empresa húngara Kilgray e que permite ao tradutor trabalhar com memórias de tradução e bases de dados terminológicas, associadas ao texto que se está a traduzir. Isto pode tornar-se numa grande vantagem, uma vez que a tarefa de tradução pode ser facilitada, sobretudo se se tratar de um documento com uma terminologia específica, que seja referida várias vezes ao longo do texto.

As **memórias de tradução** são ferramentas informáticas que permitem traduzir um texto através da edição de segmentos textuais. Isto é, há uma divisão de parágrafos ou frases em pequenas partes, o que é mais prático para um tradutor, uma vez que esses segmentos vão sendo memorizados à medida que a tradução vai avançando. Consequentemente, numa fase posterior da tradução, poderá já não ser necessário realizar tantas pesquisas, visto que a memória de tradução pode já conter segmentos ou partes de segmentos anteriores, que correspondam agora ao novo segmento textual que se está a traduzir, o que permitirá ao tradutor reaproveitá-los e, por isso, poupar tempo.

Por sua vez, as **bases de dados terminológicas** podem também ajudar o tradutor, na medida em que, ao adicionar à base de dados termos na LP e na LC, à medida que for traduzindo um texto, o tradutor poderá reutilizá-los mais tarde na tradução de um documento ou ainda na compilação de termos suscetíveis de integrar um glossário, como foi o meu caso após a tradução do TP.

3.3. Terminologia

A Terminologia, nomeadamente em textos médicos ou científicos, pode tornar-se complicada, sobretudo se o tradutor não estiver familiarizado com a mesma. Neste tipo de textos, os termos técnicos podem repetir-se várias vezes e é também por isso que as bases de dados terminológicas podem ser muito importantes para o tradutor. Uma vez que lhe permitem compilar termos, que podem depois ser reutilizados mais tarde quando reaparecerem no TP sem ser necessário inseri-los manualmente na tradução, estas ferramentas podem ajudar a poupar algum tempo.

Dada a temática especializada e as ferramentas de que dispunha, considerei que a elaboração de um glossário bilingue (ES-PT) seria pertinente, de forma a compilar termos importantes, relativos à SA, que estivessem presentes no TP. Acabei por seleccionar 45 termos, que integram o meu glossário (cf. anexo 2). Para tal, foi importante ir seleccionando diversos termos ao longo da tradução, antes de proceder a pesquisas mais aprofundadas (em *sites* da especialidade, em textos paralelos sobre SA, em dicionários e glossários *online*, etc.), a fim de redigir definições corretas e completas para cada um dos termos seleccionados.

É pertinente sublinhar que, entre os termos seleccionados para o meu glossário bilingue, encontram-se alguns que estão não em espanhol, mas sim em inglês (*Deficits in Attention, Motor Control and Perception – DAMP; Positron Emission Tomography – PET; Single Photon Emission Computed Tomography – SPECT*). Esta escolha justifica-se pelo facto de, apesar de serem termos sem equivalente direto em espanhol (sendo por isso adotados na sua forma em inglês no TP), são termos importantes relacionados com a SA. Consequentemente, após ter analisado a tradução que fiz do TP, cheguei à conclusão de que estes termos não poderiam ser excluídos. Já quanto aos restantes termos escolhidos, trata-se sobretudo de perturbações ou de aspetos vários (tais como órgãos do sistema nervoso ou ainda manuais e exames médicos) relacionados com a SA e a área da Neuropsiquiatria.

O glossário que elaborei é composto por quatro pontos principais: **termo em espanhol, termo em português, definição** e **fonte**, sendo o resultado final de diversas pesquisas que, apesar de morosas e por vezes complicadas, me ajudaram a entender muito melhor o TP e as características inerentes à SA. Durante a construção do glossário, tive sempre como objetivo inserir definições corretas, claras e concisas. Simultaneamente, tive também em atenção a importância de basear cada definição em informações provenientes de *sites* fiáveis, de forma a assegurar-me que cada uma fosse a mais correta possível.

Para tal, recorri a ferramentas já mencionadas anteriormente (nomeadamente a dicionários e glossários *online*), mas também a diversos textos paralelos. Tendo em conta que as pesquisas em motores de busca podiam propor textos provenientes do Brasil, onde diversos termos médicos não são exatamente os que são utilizados em Portugal, pesquisei textos paralelos especificamente na opção “Páginas de Portugal” do Google, de forma a obter resultados provenientes de *sites* portugueses. Apesar dessa seleção inicial, fiz questão em verificar em seguida se cada texto recolhido era ou não um texto em português europeu, a fim de evitar possíveis lapsos.

Para determinados termos, encontrei com alguma facilidade definições concisas e fiáveis em dicionários *online* (tais como Infopédia, Priberam ou Léxico) ou ainda em glossários de Psicologia ou de Medicina (nomeadamente o glossário Médicos de Portugal). Nesses casos, adotei as definições aí propostas, excluindo informações eventualmente supérfluas (no contexto da SA e da Neuropsiquiatria) para as definições finais que incluí no glossário.

Contudo, as informações provenientes dos dicionários ou glossários médicos nem sempre eram suficientes, pelo que tive várias vezes de as complementar com informações provenientes de *sites* médicos ou ainda de artigos científicos/dissertações, tendo sempre o cuidado de selecionar textos portugueses e de me assegurar que essas informações eram realmente corretas e pertinentes. Estes *sites*, artigos ou dissertações estavam geralmente relacionados com a área da SA ou com patologias da área da Neuropsiquiatria (PHDA, Autismo, DAMP, entre outras).

Porém, noutros casos, não encontrei definições nos dicionários e glossários médicos, pelo que foi necessário criar definições a partir de informações provenientes exclusivamente de *sites* médicos, artigos científicos ou dissertações. Consequentemente, a leitura e análise necessárias à recolha de informação foram muito mais exigentes e demoradas em virtude da natureza destes tipos de textos, visto que se tratava de buscas dentro de textos nem sempre relacionados diretamente com a SA (no caso do termo 'megavitaminas', por exemplo) e, sobretudo, frequentemente bem mais longos do que os textos informativos encontrados nos *sites* já referidos. Houve situações (por exemplo, na fonte para a definição do termo 'Escala de Conners' ou ainda de 'Perturbações do Espectro Autista') em que as informações necessárias à elaboração de algumas definições foram extraídas de parágrafos diferentes, o que implicou uma leitura mais ampla e prolongada do texto em questão, em vez de uma simples procura inicial de um termo dentro do documento, seguida da verificação da pertinência do contexto em que o dito termo estava situado.

4. Dificuldades na tradução do Texto de Partida

Durante o processo de tradução do TP, deparei-me com diversas dificuldades, que tive de ultrapassar. O facto de se tratar de um texto com uma linguagem e uma terminologia específicas, relativas a uma área que eu não conhecia inicialmente muito bem, causou-me algumas dificuldades. Assim, tive de recorrer a algumas ferramentas, como aquelas referidas anteriormente, tanto para compreender como para encontrar equivalentes corretos de certos termos em espanhol, tendo sempre a preocupação de ir buscar informações fiáveis a dicionários ou glossários médicos conceituados ou a *sites* e textos paralelos relacionados com a área de estudo. Tendo em conta a proximidade linguística entre o espanhol e o português, tive também especial cuidado na leitura e análise do TP, a fim de evitar possíveis confusões com falsos cognatos ou ainda com a ordem das palavras nas frases.

Para além disso, decidi uniformizar alguns aspetos que, no TP, eram um pouco aleatórios, como por exemplo os sinais de pontuação nas diversas listas de tópicos (umas continham ponto e vírgula no final de cada tópico, enquanto outras não). Tive também em atenção, no TC, o facto de mencionar os termos por extenso e de colocar a respetiva sigla entre parênteses antes de começar a referir-me a esses termos simplesmente através das siglas a que cada uma delas correspondia.

Ainda relativamente às siglas, houve algumas que me causaram mais dificuldades. Uma delas é **DAMP**, uma sigla referente a *Deficits in Attention, Motor Control and Perception*, uma perturbação potencialmente comórbida em casos de SA e que é mais frequentemente referida nos países escandinavos – facto aliás referido no TP (p. 30), países onde este termo foi proposto e adotado nos últimos anos. Contudo, apenas a sigla era referida no TP, e não o significado da mesma, nem o facto de se tratar de uma sigla de um termo em inglês. Após várias pesquisas em motores de busca, que me conduziram a artigos da área da Neuropsiquiatria, pude então compreender o seu significado; no entanto, cheguei também à conclusão que, nos países não escandinavos, incluindo Espanha e Portugal, quando se faz referência a esta patologia em particular é

usada a sigla DAMP, correspondente ao termo original em inglês usado nos países nórdicos, pelo que acabei por manter a sigla no TC. Considerei pertinente, por isso, na primeira ocorrência deste termo no TC, colocar o significado da sigla em inglês entre parênteses em vez de o traduzir literalmente.

Outras siglas que me causaram algumas dificuldades foram **PET** (*Positron Emission Tomography*) e **SPECT** (*Single Photon Emission Computed Tomography*), (p. 37 do TP). Contrariamente à situação anterior, optei por traduzir estas duas siglas, que se referem a dois tipos de exames de Neuroimagem, de maneira diferente no TC. Com efeito, pesquisas que efetuei, a fim de compreender o significado destas siglas, permitiram-me perceber que, em *sites* portugueses da área da Neurobiologia e em artigos científicos (cf. fontes correspondentes a estes dois termos no glossário – anexo 3), ambos são frequentemente traduzidos para a nossa língua, embora muitas vezes o termo traduzido seja acompanhado pela sigla em inglês. Decidi então traduzir estes dois termos, respetivamente, por Tomografia por Emissão de Positrões – TEP – e Tomografia Computorizada por Emissão de Fóton Único – TCEFU, utilizando a sigla destes termos em português em vez da sigla do termo em inglês, por uma questão de coerência.

Para além das siglas, houve ainda diversos termos sobre os quais não tinha certeza suficiente para poder traduzi-las. Consequentemente, tornava-se necessário pesquisar esses termos na internet, em *sites* da especialidade, e assegurar-me que tinham equivalentes e que esses eram usados em PT. Alguns casos em que isto aconteceu foram, por exemplo: **Neurodesenvolvimento** (p. 24), cuja definição encontrei no Dicionário Priberam e em *sites* relacionados com a Neurologia, ou ainda **Neuroimagem** (p. 25), em que exatamente o mesmo acontecia.

Tive também de efetuar algumas escolhas, como no caso do equivalente do termo '**comorbilidad**' (p. 26). Em PT, tanto 'comorbilidade' como 'comorbidade' estão corretos e são utilizados. No entanto, tendo em conta que encontrei mais resultados para 'comorbilidade' ao pesquisar os dois termos através da opção "Páginas de Portugal" do Google, acabei por optar por este termo no TC.

O critério da frequência de certos termos em textos médicos portugueses foi, aliás, um dos principais critérios pelos quais me guiei quando tive de tomar determinadas opções. Por vezes, encontrei duas versões diferentes de equivalentes para alguns termos do TP (por exemplo, existe uma variação, em português, entre 'transtorno' e 'perturbação'). No entanto, apesar de 'transtorno' ser geralmente mais utilizado em textos brasileiros e 'perturbação' em textos portugueses, constatei que o termo 'Transtorno Obsessivo-Compulsivo' (TOC) está amplamente difundido em textos médicos de Portugal, contrariamente a, por exemplo, 'Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção' (PHDA) ou ainda a 'Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora' (PDCM), que seguem a regra da maior utilização de 'perturbação' em vez de 'transtorno'. Assim, foi necessário fazer uma escolha: uniformizar o uso de 'transtorno' ou de 'perturbação' para todos os termos, ou optar pelo critério da frequência em *sites* da especialidade, escolhendo 'transtorno' ou 'perturbação' segundo a maior utilização de um ou de outro em páginas portuguesas. Tendo em conta que o uso frequente por parte de especialistas é habitualmente sinal de fiabilidade, acabei por optar pela segunda opção.

Em alguns casos, deparei-me também com alguma ambiguidade no TP, nomeadamente em relação a **Função Executiva/funções executivas**. Pesquisas paralelas e várias releituras atentas do TP, e nomeadamente das págs. 32 e 33 do TP, permitiram-me compreender que a Função Executiva corresponde a um conjunto de várias funções, referidas no texto como 'funções executivas'. Não se tratava, então, de um eventual lapso no TP quanto a uma ou várias funções executivas, uma vez que a Função Executiva do cérebro engloba várias 'funções executivas centrais'.

Outra situação em que tive de parar para refletir foi, por exemplo a dualidade **sintomas/manifestações**. Visto que, neste contexto, ambos são sinónimos que exprimem uma exteriorização, acabei por decidir manter o termo 'manifestações' no parágrafo onde o termo 'sintomas' surge pouco depois no TP (p. 25), uma vez que tal ocorreu visivelmente para evitar uma repetição do primeiro termo dentro do mesmo parágrafo.

Outra dificuldade com a qual me deparei por vezes foi o facto de determinados parágrafos serem extremamente longos e de tornarem, por isso, a sua compreensão mais complicada. Exemplo disso foi uma frase situada no ponto 2 dentro da alínea a) do capítulo 5 do TP: “(...) De acuerdo con la afirmación anterior, se atribuye la categoría de trastorno en base a unos criterios arbitrarios (...)”. Após várias releituras, acabei por não a alterar muito na tradução, apesar de ter tido antes algumas hesitações. O facto de ler e reler atentamente esse parágrafo ajudou-me a compreender perfeitamente a mensagem aí contida (isto é, que os critérios para que se atribua a categoria de transtorno são pouco sólidos, dependendo sobretudo do facto de a pessoa ou os seus familiares pedirem ou não ajuda médica, para que o paciente possa ultrapassar problemas de adaptação social; ou seja, havendo um acompanhamento médico, o transtorno pode ser diagnosticado, mas se não houver essa análise médica, isso não acontecerá e a pessoa será considerada “normal”, daí os limites entre uma categoria e a outra serem “ténues”).

Já no primeiro parágrafo dentro da alínea c) do capítulo 5, fiz algumas alterações para melhorar a compreensão do texto, nomeadamente ao colocar **exame biológico** em vez de prova ou teste biológico, visto que o texto relembra que, como não existe um exame que permita detetar a presença de Síndrome de Asperger, se se desejar realizar exames para complementar uma análise do comportamento e de outros fatores referidos ao longo dos capítulos anteriores, devem ser realizados *exames* relacionados com sintomas comórbidos da Síndrome de Asperger que o paciente possa sentir, a fim de perceber se este sofre de outra patologia ou se de facto não é esse o caso e por isso se trata realmente de SA.

Quanto à abreviatura **DSM-IV-TR** (p. 7), embora seja a abreviatura de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (cuja versão em espanhol é *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*), o uso da abreviatura DSM-IV está de tal forma vulgarizado internacionalmente que, mesmo na versão portuguesa, a abreviatura é mantida, junto ao título traduzido (*Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*). Assim, optei por manter a opção do TP de se referir ao manual através da abreviatura DSM-

IV, colocando apenas entre parênteses o título em português na primeira vez que surge no texto.

Já quanto a **CIE-10** (p. 7), que corresponde a *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, versão em espanhol da ICD - *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* – adicionei o título do manual, traduzido para português e por extenso (*Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde*), mantendo também a abreviatura que é mais utilizada em Portugal (CID-10).

Estes são alguns dos exemplos de dificuldades com os quais me pude deparar ao longo da tradução, mas que acabei por resolver com releituras e com pesquisas variadas que me conduziram nomeadamente a textos paralelos sobre as áreas de especialidade.

É importante sublinhar ainda a importância que teve a revisão da tradução, efetuada durante a fase de pós-tradução. Efetivamente, a verificação de fatores como a coesão e a organização textual, ou ainda a consistência terminológica/idiomática, a adequação estilística e pragmático-funcional, bem como a correção ortotipográfica, revelou-se importante, uma vez que me permitiu detetar diversos erros ortográficos, repetições inúteis, preposições inadequadas e frases incompletas. Assim, foi possível corrigi-las e obter uma tradução correta e de qualidade, tanto do ponto de vista terminológico como linguístico.

Capítulo IV

5. Considerações finais

Com a realização deste projeto, da tradução do TP, do glossário e das respetivas pesquisas que foram necessárias, considero que evoluí enquanto tradutor. Tendo em conta que se tratava de uma tradução mais longa do que aquelas que fazia habitualmente durante a minha formação académica, o grau de dificuldade foi mais elevado, requerendo da minha parte mais atenção, concentração e rigor. O facto de ter realizado a tradução no *memoQ* permitiu-me também pôr em prática muitos dos conhecimentos adquiridos durante a licenciatura e o mestrado, e desenvolvê-los, visto que utilizei este programa regularmente, durante várias semanas. Hoje, domino melhor o uso deste *software*, uma vez que é sobretudo através da prática que se aprende a aproveitar da melhor forma as suas funcionalidades.

Por outro lado, a abundância terminológica no TP representou um desafio considerável para mim, levando-me a fazer múltiplas pesquisas em dicionários, glossários médicos, *sites* da especialidade e a procurar nomeadamente bastantes textos paralelos fiáveis, quer durante a tradução, quer durante a criação do glossário. A recolha de termos para a base de dados terminológica do *memoQ*, efetuada ao longo do processo de tradução, foi bastante útil posteriormente, quando tive de seleccionar termos essenciais para o glossário, mas a elaboração deste foi, ainda assim, bastante trabalhosa e demorada. Embora já tivesse feito glossários anteriormente, nunca tinha criado um que implicasse tantas pesquisas a fim de garantir a fiabilidade das definições, pelo que penso que também evoluí nesta área.

Para além dos aspetos tradutológicos e terminológicos que adquiri ou desenvolvi, este projeto permitiu-me compreender até que ponto a SA é uma perturbação complexa e ainda relativamente pouco divulgada, nomeadamente em Portugal. A comunidade científica internacional tem continuado a investigar e, cada vez mais, são propostas teorias a fim de compreender a origem desta síndrome que, hoje em dia, ainda não tem cura e cujas causas não são totalmente conhecidas. Confesso que, inicialmente, não esperava que a SA fosse uma perturbação tão complexa, com tantas possibilidades de

comorbilidade, mas também não imaginava que, apesar da relativa falta de conhecimento desta síndrome junto do público em geral, houvesse uma associação em Portugal com uma atividade tão grande como é o caso da APSA, cujas iniciativas e crescimento são de louvar.

Por fim, considero que este projeto foi uma experiência extremamente enriquecedora para mim. Todas as dificuldades com que me deparei ao longo das diversas fases do mesmo ajudaram-me a evoluir, visto que me obrigaram a encontrar soluções para as ultrapassar, o que no final foi bastante gratificante. O balanço final que faço deste trabalho é, por isso, bastante positivo.

6. Bibliografía

Attwood, Tony (2001) *Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals*. London: Jessica Kinsley Publishers.

Attwood, Tony (2009) *Guía del Síndrome de Asperger*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Bassnet, Susan (2002). *Translation Studies*. London: Routledge.

Cabré, M. Teresa (1993). *La terminología: teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona: Editorial Antártida/Empúries.

Dubuc, Robert (2002). *Manuel pratique de terminologie*. Montréal: Linguattech.

Gouadec, Daniel (2007). *Translation as a Profession*. Amsterdam: John Benjamins B.V.

Guidère, Mathieu (2008). *Introduction à la Traductologie*. Bruxelles: De Boeck

Hurtado Albir, Amparo (2007). *Traducción y Traductología. Introducción a la Traductología*. Madrid: Cátedra.

Maillot, Jean (1997) *La traducción científica y técnica*. Madrid: Gredos.

Munday, Jeremy (2001). *Introducing Translation Studies: Theories and Applications*. London and New York: Routledge.

Newmark, Peter (1981). *Approaches to Translation*. Oxford: Pergamon Press.

Newmark, Peter (1988). *A Textbook of Translation*. New York: Prentice Hal.

Nord, Christiane (1997). *Translation as a Purposeful Activity*. Manchester: St Jeromepublishing.

Palha, Miguel (2009). Perscrutando a Síndrome de Asperger. Definição e Características. *Revista Diversidades: Mundo Aspie*, 26, 4-8.

Prudencio, Sandra et al. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Valencia: Asociación Asperger España.

Referências online:

APSA – Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger. (2016). Consultado a 22-02-2016 em <http://www.apsa.org.pt>.

Deletrea. (2015). Consultado a 27-10-2015 em <http://www.deletrea.es>.

Encyclopédie Larousse. (2014). *Neurologie*. Consultado a 27-10-2015 em <http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/neurologie/14786>.

Encyclopédie Larousse. (2014). *Psychiatrie*. Consultado a 27-10-2015 em <http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/psychiatrie/15614>.

Silva Carvalho, Pedro & Araújo, Manuela (2009). *Síndrome de Asperger*. ALERT – Life Sciences Computing. Consultado a 27-10-2015 em <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/sindrome-de-asperger>

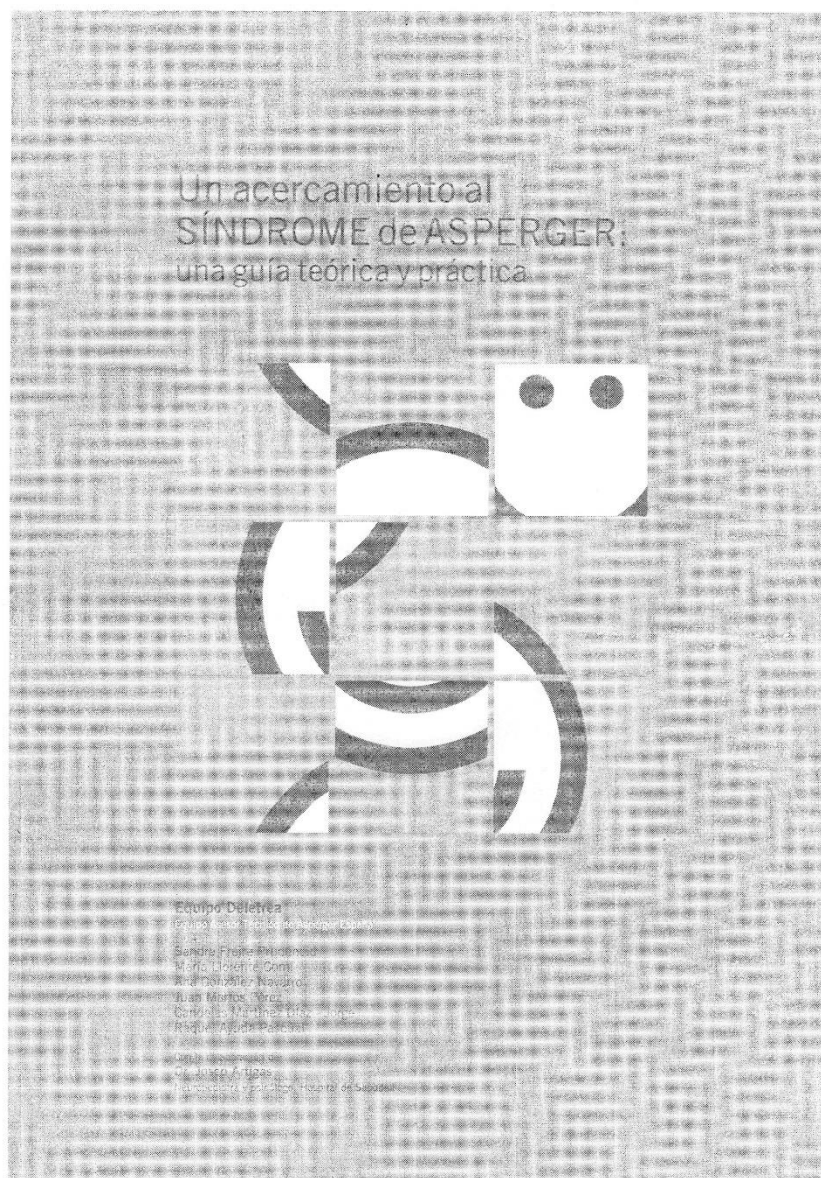
Teixeira, Paulo (ano n.d.). *Síndrome de Asperger*. Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos. Consultado a 27-10-2015 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0254.pdf>.

Anexos

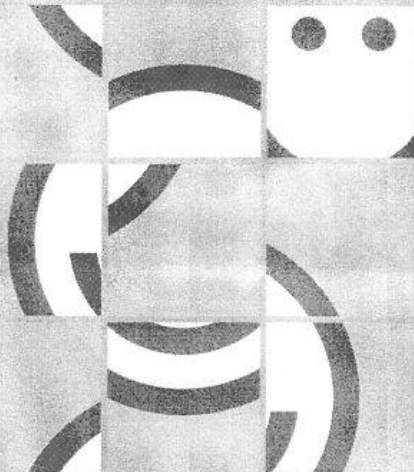
Correspondência das páginas traduzidas do TP com o TC

Pág. Texto de Partida (+ pág. do projeto)	Pág. Texto de Chegada
<i>6 (p. 62 do projeto)</i>	148
7 (63)	148-149
8 (64)	149-150
9 (65)	150
10 (66)	151
11 (67)	151-152
12 (68)	152-153
13 (69)	153-154
14 (70)	154
15 (71)	155
16 (72)	155-156
17 (73)	156-157
18 (74)	157-158
19 (75)	158-159
20 (76)	159
21 (77)	159-160
22 (78)	161
23 (79)	161-162
24 (80)	163
25 (81)	163-164
26 (82)	164-165
27 (83)	166
28 (84)	167
29 (85)	167-168
30 (86)	168-169
31 (87)	169-170
32 (88)	170-171
33 (89)	171-172
34 (90)	172
35 (91)	172-173
36 (92)	173-174
37 (93)	174-175
38 (94)	175-176
39 (95)	176-177
40 (96)	177

Texto de Partida



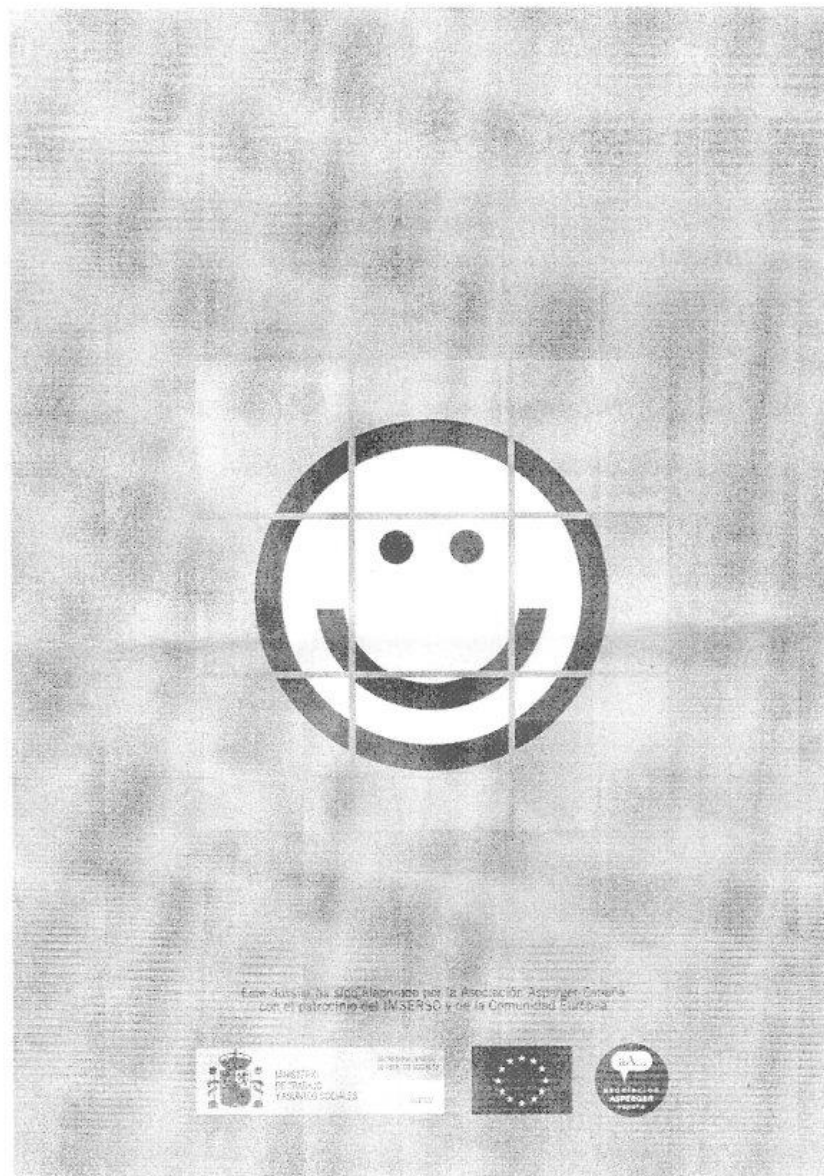
Un acercamiento al
SÍNDROME de ASPERGER:
una guía teórica y práctica



Equipo Deletrea

Sandra Freije Prudencia
María Llorente Comi
Ana González Navarro
Juan Muñoz Pérez
Candelas Martínez Díaz
Raquel Ayuda Pascual

Con la colaboración de
Dr. Josep Artigas
Neuropsicólogo y psicólogo, Hospital de Sanidad



Este curso ha sido elaborado por la Asociación Aprender a Aprender
Con el patrocinio del IM3ERSO y de la Comunidad Europea



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y FORMACIÓN PROFESIONAL

INSTITUTO
NACIONAL DE
EVALUACIÓN



Un acercamiento
al SÍNDROME DE ASPERGER:
una guía teórica y práctica

**Un acercamiento
al SÍNDROME DE ASPERGER:
una guía teórica y práctica**

EQUIPO DELETREA
(Equipo Asesor Técnico de Asperger España):
Sandra Freire Prudencio
María Llorente Comí
Ana González Navarro
Juan Martos Pérez
Candelas Martínez Díaz-Jorge
Raquel Ayuda Pascual

JOSEP ARTIGAS PALLARÉS
(Neuropediatra y Psicólogo, Hospital de Sabadell)

*Este dossier ha sido elaborado por la
Asociación Asperger España con el patrocinio
del IMSERSO y de la Comunidad Europea*

ÍNDICE

- 1 Introducción
- 2 Descripción histórica y criterios diagnósticos
- 3 Funcionamiento neuropsicológico en el Síndrome de Asperger
 - a) Teoría sobre el déficit en "Teoría de la Mente"
 - b) Teoría del déficit de la "Función Ejecutiva"
 - c) Teoría de la "Disfunción del Hemisferio Derecho"
- 4 Funcionamiento cognitivo en el Síndrome de Asperger
- 5 Aspectos neurobiológicos del Síndrome de Asperger
 - a) ¿Qué es el Síndrome de Asperger?
 - b) Comorbilidad del Síndrome de Asperger
 - c) Pruebas médicas complementarias
 - d) Tratamiento farmacológico del Síndrome de Asperger
 - e) Productos "alternativos"
- 6 El Síndrome de Asperger en la Infancia
 - a) Principales dificultades en la etapa de Primaria
 - b) Cualidades y aspectos positivos en la etapa de Primaria
 - c) Necesidades en la etapa de Primaria
- 7 El Síndrome de Asperger en la Adolescencia
 - a) Principales dificultades en la adolescencia
 - b) Cualidades y aspectos positivos de los adolescentes con Síndrome de Asperger
 - c) Necesidades en la adolescencia

-
- 8 La vida adulta de las personas con Síndrome de Asperger**
 - a) Principales dificultades en la edad adulta*
 - b) Cualidades y aspectos positivos en la edad adulta*
 - c) Necesidades de los adultos con Síndrome de Asperger*
 - 9 Síndrome de Asperger y familia**
 - a) La detección*
 - b) El Diagnóstico*
 - c) Después del diagnóstico*
 - d) La convivencia familiar*
 - 10 Estrategias generales de intervención para las personas con Síndrome de Asperger**
 - 11 Conclusión**
 - 12 Apéndices**
 - 1. La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger*
 - 2. Cuestionario de screening para espectro autista de alto funcionamiento*
 - 3. Glosario*
 - 4. Lecturas recomendadas*
 - 5. Bibliografía*
 - 6. Direcciones de interés*

1

Introducción

Como cada mañana, Javier desayunaba un tazón de leche con sus cereales preferidos, mostrándose ajeno a los horarios que rigen la dinámica familiar. A pesar de tener siete años, su madre tenía que ayudarle a vestirse y, como tantos otros, ese día tampoco pudo ponerle la ropa nueva que le habían regalado sus abuelos. Su madre tenía que lavar toda la ropa nueva con un determinado suavizante para que Javier aceptase estrenar algo. Cada día Javier se levantaba angustiado preguntando por el día concreto de la semana, el mes y el número. Todas las mañanas preguntaba lo mismo y a continuación necesitaba saber si ese día tenía que ir o no al colegio. A pesar de que Javier comenzó a hablar algo más tarde que otros niños, ahora no paraba de hablar. Su lenguaje era muy correcto aunque siempre solía hablar de su tema favorito, "los dinosaurios" y era muy difícil cambiar el tema de conversación. Resultaba complicado que Javier utilizase su excelente lenguaje para compartir con su familia las cosas que le ocurrían en el colegio o las cosas que le preocupaban. Parecía no sentir la necesidad de compartir experiencias o sentimientos con la gente que le rodeaba.

Era un niño muy inteligente, aprendió a leer solo y le encantaba leer libros de dinosaurios. No le interesaban los juegos típicos de los niños de su edad y pasaba la mayor parte de su tiempo desmontando juguetes electrónicos y volviéndolos a montar. No parecía estar interesado por jugar con aquellas máquinas sino que le fascinaba conocer cómo estaban hechas y cuál era el mecanismo que las hacía funcionar. Cuando lo averiguaba, colocaba el juguete en su estantería y no volvía a tocarlo, tampoco dejaba que su hermano pequeño tocara ninguno de sus juguetes. Tenía un mundo muy personal y resultaba difícil que lo compartiera con otros niños. En el

colegio su profesora ya había mostrado preocupación por Javier. A pesar de su inteligencia, no tenía ningún interés por las tareas escolares y su rendimiento académico no era el esperado. Era muy difícil hacer que Javier trabajara en grupo con otros niños. En el patio siempre estaba solo y cuando ocasionalmente intentaba incorporarse al juego de sus compañeros, su manera de actuar era tan "torpe" e ingenua que provocaba risas y burlas por parte de los otros niños. Aunque Javier no era un niño agresivo, en algunas situaciones mostraba fuertes rabietas y conductas inadecuadas como tirar objetos o gritar. Especialmente difícil era la clase de Educación Física, en la que Javier mostraba altos niveles de ansiedad, dificultad para seguir las normas y escasa comprensión de las reglas básicas que rigen los juegos y deportes de equipo. Si se le forzaba a participar en estas actividades, sistemáticamente aparecían fuertes enfados y marcado oposicionismo.

Aunque los padres de Javier ya le describían como un niño peculiar antes de cumplir los 4 años, no empezaron a alarmarse hasta el momento en el que el niño se incorporó al colegio. Las grandes dificultades para relacionarse con los compañeros, los problemas atencionales dentro del aula y el bajo rendimiento escolar fueron entre otros, los motivos que impulsaron a los padres a buscar ayuda.

Después de varias consultas a distintos profesionales del ámbito de la educación, la medicina y la psicología, y tras recibir diagnósticos tan dispares como déficit de atención e hiperactividad o trastorno emocional y de conducta, finalmente informaron a la familia que Javier presentaba Síndrome de Asperger.

En los últimos años se ha incrementado el número de familias que, como la de Javier, se tienen que enfrentar a esta etiqueta diagnóstica tan poco conocida en nuestro país. La necesidad de información sobre este síndrome y la escasez de documentos escritos en español, han llevado a la Asociación

Asperger España junto a un equipo de profesionales, a elaborar y difundir este documento de carácter informativo.

El objetivo de este dossier es ofrecer una visión tanto teórico-informativa como práctica del Síndrome de Asperger. Comienza con una descripción histórica del cuadro, para luego dar paso a la definición de las características diagnósticas aceptadas por la comunidad científica internacional y a la descripción de las principales teorías neuropsicológicas a partir de las cuales se intenta explicar este síndrome, así como de sus aspectos neurobiológicos. Posteriormente se abordan las principales dificultades que suelen aparecer en tres etapas críticas del ciclo vital de estas personas: infancia, adolescencia y edad adulta. El carácter eminentemente práctico que hemos querido otorgar a este documento nos ha llevado a incluir orientaciones y estrategias educativas específicas para cada una de las etapas anteriormente citadas. Asimismo, hemos incluido (ver Apéndice 1) la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger (Atrwood, 1998), ya que consideramos que es una de las más utilizadas durante el proceso de diagnóstico tanto en nuestro país como a nivel internacional, y el Cuestionario de screening para espectro autista de alto funcionamiento ASSQ (Ehlers, Gillberg y Wing, 1999) (Apéndice 2). En la literatura especializada podemos encontrar otras escalas y cuestionarios para la evaluación de personas con Síndrome de Asperger (CAST, Childhood Asperger Syndrome Test, de Scott y cols., 2002; o la entrevista ASDI, Asperger Syndrome Diagnostic Interview, de Gillberg y cols., 2001), pero todavía faltan estudios que certifiquen su validez diagnóstica, además de no haber sido publicadas, hasta la fecha, en español.

Descripción histórica y criterios diagnósticos

En 1944, Hans Asperger, un pédiatra austriaco, publicó un artículo en una revista alemana de psiquiatría y neurología donde describía a un grupo de niños con características similares muy peculiares que él no había visto antes. Actualmente este síndrome se conoce con el nombre de "Síndrome de Asperger" y se ubica dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

Las características de las que hablaba Asperger para definir a este grupo de niños fueron sintetizadas por Wing (1998, pp. 12-13) en las siguientes:

- 1.- Los chicos eran socialmente extraños, ingenuos y emocionalmente desconectados de los otros. Parecían vivir en un mundo aparte.
- 2.- Tenían una buena gramática y vocabulario extenso. Su discurso era fluido, literal y pedante, usado en monólogos y no en intercambios conversacionales.
- 3.- Tenían una pobre comunicación no verbal y una entonación verbal monótona o peculiar.
- 4.- Tenían intereses circunscritos a temas específicos, incluyendo colecciones de objetos o hechos relacionados con tales intereses.

5.- Aunque la mayoría poseía inteligencia promedio o superior a la media, tenían dificultades en aprender las tareas escolares convencionales. Sin embargo eran capaces de producir ideas originales y tenían habilidades relacionadas con sus intereses especiales.

6.- La coordinación motriz y la organización del movimiento eran generalmente pobres, aunque algunos podían destacar en áreas especiales de interés (por ejemplo, tocar un instrumento musical).

7.- A estos chicos les faltaba sentido común.

Aunque en los manuales de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales vigentes en el momento actual (DSM-IV-TR y CIE-10) se introduce el diagnóstico de SA como una etiqueta específica e independiente dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, en la actualidad se mantienen discusiones teóricas que intentan determinar si el SA debe considerarse o no como un trastorno diferente del Trastorno Autista.

Algunos de los criterios de diagnóstico del SA siguen siendo hoy objeto de discusión entre los profesionales del campo de la psicología, la psiquiatría y la pedagogía. Así se observa en las distintas definiciones que ofrecen los sistemas estandarizados de diagnóstico que se manejan en la actualidad. No existe ningún marcador biológico que nos permita detectar los cuadros de SA y, por ello, su diagnóstico continúa siendo clínico, basado en los comportamientos observados, en la historia de desarrollo y en el perfil psicológico del sujeto.

En la práctica existen discrepancias en algunos de los criterios diagnósticos que deben cumplirse para emitir un juicio clínico de SA. En el manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría en su revisión del año 2000, DSM-IV-TR, los criterios de diagnóstico que se establecen, son los siguientes:

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Asperger
(DSM-IV-TR, 2000)

A. Alteración cualitativa de la relación social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (por ej., no mostrar, traer o enseñar a otros objetos de su interés).
4. Ausencia de reciprocidad social y emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad o por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manerismos motores estereotipados y repetitivos (por ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

- C. El trastorno causa un deterioro claramente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (*por ejemplo, a los dos años usa palabras sencillas, a los tres frases comunicativas*).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

En 1991, Gillberg y Gillberg presentan sus propios criterios para el diagnóstico del SA donde contemplan como un criterio relevante en el diagnóstico la torpeza motora:

Criterios para el diagnóstico de Síndrome de Asperger
(Gillberg y Gillberg, 1991)

1. **Déficit en la interacción social**, *al menos dos de los siguientes*:
 - a. Incapacidad para interactuar con iguales
 - b. Falta de deseo e interés de interactuar con iguales
 - c. Falta de apreciación de las claves sociales ?
 - d. Comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación
2. **Intereses restringidos y absorbentes**, *al menos uno de los siguientes*:
 - a. Exclusión de otras actividades
 - b. Adhesión repetitiva
 - c. Más mecánicos que significativos
3. **Imposición de rutinas e intereses**, *al menos uno de los siguientes*:
 - a. Sobre sí mismo en aspectos de la vida
 - b. Sobre los demás
4. **Problemas del habla y del lenguaje**, *al menos tres de los siguientes*:
 - a. Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
 - b. Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
 - c. Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia
 - d. Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas
5. **Dificultades en la comunicación no verbal**, *al menos uno de los siguientes*:
 - a. Uso limitado de gestos
 - b. Lenguaje corporal torpe
 - c. Expresión facial limitada
 - d. Expresión inapropiada
 - e. Mirada peculiar, rígida
6. **Torpeza motora**

Retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo.

Como se puede observar, hay tres criterios de diagnóstico importantes que marcan diferencias entre ambas clasificaciones (DSM-IV-TR y los ofrecidos por Gillberg y cols.):

1. La Asociación Americana de Psiquiatría entiende que “No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo” y, por el contrario, Gillberg habla, en el punto 4, de “problemas del habla y del lenguaje” (especificando “retraso inicial en el desarrollo”).

2. Para la Asociación Americana de Psiquiatría “No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo” y, sin embargo, Gillberg no menciona ningún criterio de diagnóstico que haga referencia al cociente intelectual.

3. Gillberg habla de la *torpeza motora* como criterio de diagnóstico, mientras que la Asociación Americana de Psiquiatría no lo contempla como un rasgo definitorio.

Estos son algunos ejemplos de las escalas que se están utilizando internacionalmente para el diagnóstico del SA que ponen de manifiesto el largo camino que queda por recorrer hasta definir el síndrome y responder a preguntas tales como, *¿Es el Síndrome de Asperger un trastorno específico distinto del autismo?, ¿podría definirse el Síndrome de Asperger como el resultado de una buena evolución de un Síndrome de Kanner (autismo)?, ¿es posible la definición de distintos subgrupos en la población de Síndrome de Asperger?*

Para Ángel Riviére (Riviére, 1996; Riviére & Valdez, 2000) la definición sobre este trastorno que ofrece la Asociación Americana de Psiquiatría es insuficiente. Especialmente en lo que se refiere a la “no aparición de retraso general del lenguaje”. En general, los expertos coinciden en que en los casos de SA suele haber retraso en la adquisición del lenguaje o, al menos, una forma peculiar de adquirirlo que no se ajusta al desarrollo normal (pero que evoluciona muy rápidamente hacia un patrón “no alterado” en sus aspectos

formales). La sensibilidad de Ángel Rivière en su definición de los criterios nos ha permitido comprender las características cualitativas que describen a las personas que presentan este síndrome.

***Criterios de diagnóstico de las personas
con Síndrome de Asperger***
(A. Rivière, 1996)

1. Trastorno cualitativo de la relación: Incapacidad de relacionarse con iguales. Falta de sensibilidad a las señales sociales. Alteraciones de las pautas de relación expresiva no verbal. Falta de reciprocidad emocional. Limitación importante en la capacidad de adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Dificultades para comprender intenciones ajenas y especialmente dobles intenciones.

2. Inflexibilidad mental y comportamental: Interés absorbente y excesivo por ciertos contenidos. Rituales. Actitudes perfeccionistas extremas que dan lugar a gran lentitud en la ejecución de tareas. Preocupación por partes de objetos, acciones, situaciones o tareas, con dificultad para detectar las totalidades coherentes.

3. Problemas de habla y de lenguaje: Retraso en la adquisición del lenguaje, con anomalías en la forma de adquirirlo. Empleo de lenguaje pedante, excesivamente formal, inexpressivo, con alteraciones prosódicas y características extrañas del tono, ritmo y modulación. Dificultades para interpretar enunciados literales o con doble sentido. Problemas para saber de qué conversar con otras personas. Dificultades para producir emisiones relevantes a las situaciones y los estados mentales de los interlocutores.

4. Alteración de la expresión emocional y motora: Limitaciones y anomalías en el uso de gestos. Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus referentes. Expresión corporal desmañada. Torpeza motora en exámenes neuropsicológicos.

5. Capacidad normal de "inteligencia impersonal". A menudo habilidades especiales en áreas restringidas.

Lo anteriormente expuesto expresa la necesidad de que se continúen realizando investigaciones que ayuden a definir límites más precisos que nos permitan diferenciar el SA del Autismo de Alto Funcionamiento. Para los profesionales que trabajan con personas del Espectro Autista y con personas con SA, una de las claves puede encontrarse en el desarrollo de investigaciones centradas en las características concretas que presenta el lenguaje de las personas con este síndrome, pues aunque no hay ninguna alteración en los aspectos formales del lenguaje (estructura morfosintáctica y léxico adecuados) es común la presencia de errores en los aspectos relacionados con la pragmática, es decir, con el uso del lenguaje en situaciones de interacción social. Otro aspecto importante que señala Ángel Riviére es la *conciencia de diferencia* que presentan las personas con SA. Hasta la fecha, si nos basamos en el núcleo de afectación que caracteriza a este síndrome, observamos que éste es común al núcleo de afectación de los cuadros del Espectro Autista. Existen, no obstante, otros criterios (como el retraso o no en la adquisición del lenguaje, la presencia o no de una inteligencia conservada, o la existencia de torpeza motora) que, aunque no están consensuados entre los profesionales, nos pueden dar pistas acerca del diagnóstico diferencial. Faltan investigaciones que ayuden a confirmar estos criterios y que especifiquen con mayor exactitud las características concretas en las áreas de relación social, comunicación y lenguaje, y flexibilidad mental y comportamental.

Si bien conocer la etiqueta diagnóstica suele ofrecer una mayor tranquilidad a las familias y a las personas que padecen el trastorno (aumentando la comprensión de las familias y del entorno social y ayudando a prever con mayor exactitud el pronóstico) no es suficiente una etiqueta diagnóstica para mejorar la calidad de vida de estas personas. En este sentido, en la realización de un diagnóstico lo más relevante es:

a) Describir las características de cada persona en todas las áreas del desarrollo.

b) Detectar las necesidades y priorizar objetivos.

c) Ofrecer estrategias de intervención que ayuden a mejorar la calidad de vida de estas personas y,

d) garantizar un seguimiento continuo que ayude a ajustar los programas de intervención.

Funcionamiento neuropsicológico en el Síndrome de Asperger

La peculiar forma de pensar y comprender el mundo que muestran las personas con SA ha sido objeto de muchos debates y discusiones. En la actualidad, esa forma de procesar la información se explica a partir de varios modelos teóricos sobre el funcionamiento psicológico característico de las personas con este síndrome. Cada uno de estos modelos explica algunas de las características observadas en estos individuos; sin embargo, hasta el momento actual ninguna de estas teorías ha sido capaz de explicar en su totalidad el funcionamiento psicológico responsable de todos los rasgos definitorios del síndrome. En este apartado vamos a analizar las características típicas del funcionamiento neuropsicológico de las personas con SA y sus implicaciones en la vida diaria.

a) Teoría sobre el déficit en “Teoría de la Mente”

La expresión “Teoría de la Mente” se acuñó para hacer referencia a la capacidad humana de formarse una representación interna de los estados mentales de las otras personas. Es decir, decimos que poseemos una teoría de la mente cuando somos capaces de intuir los estados mentales (creencias, deseos, intenciones, etc.) de los demás. En nuestra vida diaria, no nos comportamos como meros observadores de las conductas externas de las otras personas, sino que, de manera casi mecánica, atribuimos e inferimos la presencia

oculta o no explícita de planes, intenciones, creencias o deseos que nos permiten explicar y comprender esas conductas observadas. Para entender las conductas de las otras personas, y las nuestras propias, tenemos que ir más allá de la mera observación externa, tenemos que “ponernos en el lugar del otro” para llegar a comprender las razones que le han llevado a actuar de determinada manera, comprender los deseos que han impulsado su conducta, las creencias que han guiado sus acciones o los planes que dirigen su comportamiento. Sin esa capacidad para ponernos en “el lugar del otro” las conductas ajenas serían imprevisibles, carentes de sentido y, en general, imposibles de comprender. La presencia de una inteligencia intacta (como muestran la mayoría de las personas con SA) no es suficiente para desenvolverse con éxito en el mundo social cotidiano. Así, como señala Humphrey (1986) *“la inteligencia que se requiere para sobrevivir socialmente es de un nivel muy diferente de la que se necesita para hacer frente al mundo material”*. Para poder relacionarnos adecuadamente necesitamos “leer” el mundo mental de los demás, necesitamos “leer” sus intenciones, deseos, creencias y pensamientos, para poder comprender sus conductas y anticipar sus reacciones, entre otras cosas.

Desde la teoría del déficit en Teoría de la Mente (para una revisión más detallada, ver Baron-Cohen *et al.*, 1997) se postula que las personas con SA muestran serias dificultades para “ponerse en el lugar del otro” e intuir su mundo mental. Desde esta teoría se intentan explicar las dificultades que muestran las personas con SA principalmente en el ámbito de las interacciones sociales. Como se ha dicho en el apartado anterior, estas personas muestran claras dificultades para mantener interacciones sociales fluidas, dinámicas y recíprocas. Suelen tener motivación hacia las interacciones sociales pero, como señala Rivière, *“fracasan frecuentemente en el intento de lograr una relación fluida”*. Las personas con SA, desde esta postura, serían incapaces o especialmente “torpes” para intuir el mundo

mental de los demás, por lo que las consecuencias de esta incapacidad o dificultad son muy graves, sobre todo si tenemos en cuenta que los seres humanos somos seres sociales, que nos movemos y desarrollamos en un mundo social y que necesitamos interactuar con los demás para conseguir la mayoría de nuestros objetivos. En concreto, algunas de las consecuencias de esta limitación para comprender el mundo mental de los demás serían las siguientes:

1. Dificultad para predecir la conducta de los otros.
2. Dificultad para darse cuenta de las intenciones de los otros y conocer las verdaderas razones que guían sus conductas.
3. Dificultad a la hora de explicar sus propias conductas.
4. Dificultad para entender emociones, tanto las propias como las de los demás, lo que les lleva a mostrar escasas reacciones empáticas.
5. Dificultades para comprender cómo sus conductas o comentarios afectarán a las otras personas e influirán en lo que los demás piensen de él.
6. Al ofrecer cualquier tipo de información, muestran dificultades para tener en cuenta el nivel de conocimiento del interlocutor sobre el tema en cuestión (lo que puede llevar a que el interlocutor no comprenda bien de qué se está hablando).
7. Dificultad para tener en cuenta el grado de interés del interlocutor sobre el tema de conversación.
8. Dificultad para anticipar lo que los demás pueden pensar sobre su comportamiento.
9. Dificultad para mentir y para comprender engaños.
10. Dificultad para comprender las interacciones sociales, lo que puede llevar a problemas a la hora de respetar turnos, seguir el tema de la conversación y mantener un contacto ocular adecuado.

A diferencia de lo observado en el autismo clásico, las personas con SA suelen resolver con éxito las tareas diseñadas para valorar las capacidades mentalistas; sin embargo, es en situaciones naturales, en las interacciones sociales reales, donde se ponen claramente de manifiesto sus dificultades para "leer" la mente de los demás.

Las dificultades para interactuar con los demás no se evidencian únicamente a la hora de encontrar y mantener amistades, también dejan una secuela en la mayoría de las actividades cotidianas y fundamentales para conseguir un desarrollo óptimo personal y una buena calidad de vida.

b) Teoría del Déficit de la "Función Ejecutiva"

La función ejecutiva ha sido definida como la habilidad para mantener activo un conjunto apropiado de estrategias de resolución de problemas con el fin de alcanzar una meta futura. Está ligada con la intencionalidad, el propósito y la toma de decisiones complejas. Las conductas de función ejecutiva incluyen la planificación, el control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y de acción. Todas estas conductas están mediadas por los lóbulos frontales. Los lóbulos frontales también son cruciales para cualquier proceso de aprendizaje exitoso, para la motivación y la atención (para una revisión de la función de los lóbulos frontales, ver Goldberg, 2001). La importancia del buen funcionamiento de los lóbulos frontales para el desempeño de una vida social, personal y profesional satisfactoria queda reflejada en la definición que Luria (1966) hacía de dicha estructura cerebral, que describía los lóbulos frontales como el "órgano de la civilización".

Desde esta teoría (para una revisión más detallada, v. Ozonoff *et al.*, 1991) se considera que las personas con SA tienen un déficit en las llamadas funciones ejecutivas, ya que sus conductas y sus procesos de pensamiento son generalmente rígidos, inflexibles, repetitivos y perseverantes. Suelen ser personas impulsivas, que muestran problemas para inhibir una respuesta inadecuada, pueden tener almacenada una gran cantidad de información y sin embargo no saber utilizarla de manera significativa, presentan dificultades a la hora de tomar decisiones importantes y suelen tener serios problemas para organizar y secuenciar los pasos necesarios para solucionar un problema (rasgos que se encuentran en pacientes con lesiones en los lóbulos frontales).

Algunas de las implicaciones prácticas del déficit en la función ejecutiva, que se observan en el comportamiento diario de las personas con SA, son las siguientes:

1. Dificultades en organización. Las personas con SA muestran dificultades a la hora de organizar y secuenciar los pasos que les permiten solucionar un problema.
2. Dificultades para hacer planes y luego seguir los planes para guiar el comportamiento.
3. Dificultades para comenzar y finalizar una actividad.
4. Serias limitaciones a la hora de tomar decisiones. En las personas con SA suelen ser muy frecuentes la duda y la delegación en los demás para tomar decisiones.
5. Carencia de flexibilidad para adoptar diferentes perspectivas sobre la misma situación en diferentes momentos (rigidez mental).
6. Pobre resistencia a la distracción y la interferencia.
7. Pobre habilidad para organizar y manejar el tiempo.

c) Teoría de la “Disfunción del Hemisferio Derecho”

El hemisferio derecho desempeña un papel fundamental en el procesamiento de la información visuoespacial y está muy relacionado con la expresión e interpretación de la información emocional (reconocimiento y comprensión de los gestos y expresiones faciales) y con aspectos relacionados con la regulación de la entonación y la prosodia. Una lesión en el hemisferio derecho causaría déficit en estas áreas.

Desde esta postura (v. Klin *et.al.*, 1995, para una revisión más detallada) se defiende que algunos de los rasgos nucleares del SA están asociados a una disfunción en el hemisferio derecho. Así, la presencia de un CI verbal superior al CI manipulativo o las dificultades visuoespaciales presentes en la mayoría de los individuos con SA parecen apoyar esta hipótesis.

Una disfunción del hemisferio derecho tiene consecuencias muy importantes en la vida social de un individuo: los problemas para interpretar gestos y ademanes o para adaptar el tono de voz al mensaje que se quiere transmitir, la torpeza en el control postural o las dificultades para integrar la información en un todo coherente y significativo obstaculizan de manera significativa la fluidez, reciprocidad y dinamismo que caracteriza a las interacciones entre los seres humanos. A continuación enumeramos algunas de las consecuencias derivadas de esa disfunción en el hemisferio derecho:

1. Dificultad para captar el significado de la información emocional expresada a través de canales no verbales (entonación, volumen del habla, y gestos y ademanes faciales y corporales).

-
2. Presencia de respuestas emocionales exageradas o poco coherentes con el contexto.
 3. Dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.
 4. Limitadas habilidades de organización visuoespacial.
 5. Pobre rendimiento en tareas que requieren integración de la información viso-motora.
 6. Marcada limitación en las habilidades de relación social.

Funcionamiento cognitivo en el Síndrome de Asperger

La presencia de una inteligencia media (con alguna desviación típica por encima o por debajo) que caracteriza a la mayoría de las personas con SA puede llevar a infravalorar las dificultades y limitaciones con las que estas personas se encuentran en su vida diaria.

Poseer un cociente intelectual normal o superior no garantiza el desarrollo de una vida autónoma y satisfactoria. Cada vez se pone más énfasis en el concepto de inteligencia emocional o social, para designar aquella "inteligencia" que no es valorada en las pruebas estandarizadas y que es fundamental para la consecución del éxito personal, académico y profesional. Este tipo de inteligencia engloba capacidades tan importantes como la empatía, el juicio social, el sentido común, la capacidad de persuadir o negociar, etc. Para explicarlo con un ejemplo, ser capaz de almacenar gran cantidad de información o mostrar una excelente memoria para las fechas no son de gran ayuda a la hora de detectar si un compañero nos está engañando.

Es muy frecuente que los alumnos con SA presenten fracaso escolar (sobre todo a partir del ciclo de secundaria), fracaso difícil de entender si nos limitamos a valorar el CI. Las actitudes perfeccionistas de muchos chicos con SA, que llevan a una lenta ejecución de las tareas, las dificultades atencionales, la desmotivación, la dificultad para comprender conceptos abstractos, las limitaciones a la hora de organizar las tareas o la mala estimación y planificación del tiempo son sólo algunos de los factores que limitan enormemente su éxito académico. Por

otra parte, en el mundo laboral las características inherentes al síndrome también obstaculizan su éxito profesional. La escasa comprensión de las normas implícitas que rigen el funcionamiento de una empresa, la escasez de habilidades empáticas, la mala administración y organización del tiempo, la presencia de comportamientos considerados extravagantes por los demás, dificultan la vida profesional de estas personas. El CI, considerado de manera aislada, es un mal predictor del éxito académico y profesional.

Además es importante resaltar que el rendimiento de las personas con SA en los test estandarizados diseñados para valorar el potencial cognitivo, no muestra un perfil homogéneo en las distintas tareas. Por lo general estas personas tienen un CI verbal superior al CI manipulativo (apareciendo diferencias significativas entre ambas subescalas). En las Escalas de Inteligencia de Weschler, por ejemplo, las mejores puntuaciones las obtienen en la prueba de “información” (que requiere el almacenamiento de información general), “vocabulario” (es conocido que estas personas tienen un amplio vocabulario), en “semejanzas” y en la prueba de “cubos” (cuya ejecución requiere centrarse en los detalles a costa de la imagen del todo). Sin embargo suelen mostrar puntuaciones más bajas en la tarea de “rompecabezas” (que exige formarse una imagen global de la figura), en “comprensión” (ya que muchos de los ítems que componen esta prueba exigen realizar juicios sociales y resolver situaciones hipotéticas con un contenido social), y en “claves” (debido a las dificultades atencionales y al extremo perfeccionismo que ralentiza la ejecución de la prueba).

Aspectos Neurobiológicos del Síndrome de Asperger

Dr. Josep Artigas. *Neuropediatra y psicólogo*

Centro Psyncron. Sabadell. 7280iap@comb.es
Hospital de Sabadell. Sabadell. jartigas@cspt.es

a) ¿Qué es el Síndrome de Asperger?

El Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno del desarrollo, de base neurobiológica, que afecta al funcionamiento social y al espectro de actividades e intereses. Está vinculado a una disfunción de diversos circuitos cerebrales. Tomando en consideración que el déficit nuclear del SA es el trastorno de la cognición social, parece razonable atribuir un papel central a la amígdala y a la relación entre la amígdala y circuitos frontoestriados, temporales y cerebelo, estructuras involucradas en el desarrollo de la relación social.

Puesto que el SA es un trastorno del neurodesarrollo, comparte características propias de los problemas del desarrollo del sistema nervioso en general.

Las características comunes de dichos trastornos son:

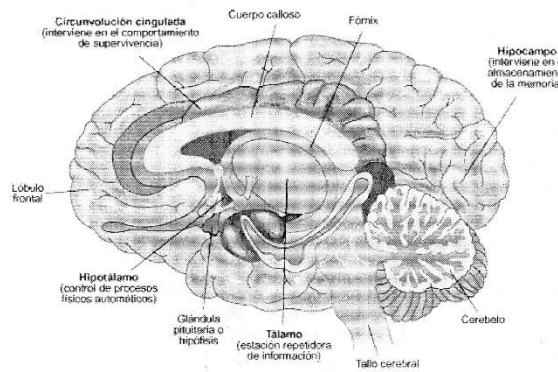
1. Las mismas manifestaciones pueden aparecer en cualquier individuo normal. Es fácil entender que los síntomas que se consideran típicos del SA, tales como los problemas para la interacción social, o la falta de flexibilidad mental, son muy comunes entre la población general; y se consideran rasgos de personalidad o una forma de ser, antes que una manifestación patológica. Los síntomas nucleares del SA no difieren cualitativamente de aspectos propios de cualquier individuo, sino que la diferencia está en la expresión exagerada de alguna de estas características, hasta el punto de interferir con la vida social.
2. Los límites entre el trastorno y la normalidad son muy imprecisos. De acuerdo con la afirmación anterior, se atribuye la categoría de trastorno en base a unos criterios arbitrarios, que no responden a ninguna otra justificación que la de seleccionar grupos de individuos que pueden requerir algún tipo de soporte o tratamiento que les haga más fácil su vida en sociedad y reduzca el elevado grado de insatisfacción que les puede ocasionar su soledad o falta de adaptación. De todos modos, si no se entiende el SA como una dimensión con una distribución continua, no serían comprensibles los nuevos modelos genéticos basados en la transmisión de rasgos cuantitativos.
3. No existen marcadores biológicos. Si bien los estudios neurofisiológicos, y sobre todo de neuroimagen, están aportando una información muy valiosa respecto a los mecanismos neurobiológicos que determinan las manifestaciones del SA, no hay ninguna prueba biológica que permita diagnosticar o descartar el SA.

Esta característica incide en la arbitrariedad del diagnóstico, basado siempre en criterios que permiten un cierto grado de subjetividad en su interpretación.

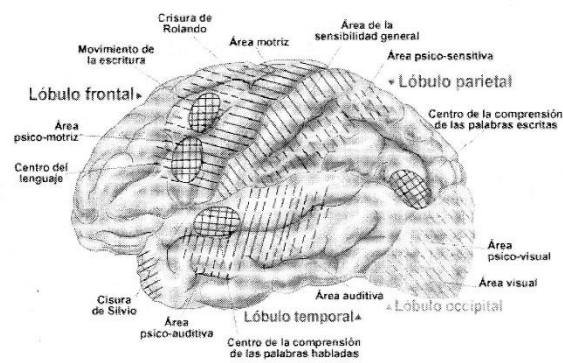
4. Alta tasa de comorbilidad. Debido a la implicación de circuitos córtico-subcorticales y neurotransmisores relacionados con diversos trastornos del desarrollo, no es extraño que el SA esté asociado a otros trastornos del neurodesarrollo, en los cuales están implicadas las mismas estructuras neurológicas y los mismos neurotransmisores.
5. No existen unos límites definidos entre unos y otros trastornos. Ocurre con frecuencia que, según el profesional que atienda un paciente con SA, se pueden dar diagnósticos distintos al de SA. Aunque no siempre, en algunos casos esta ambigüedad diagnóstica puede estar plenamente justificada, pues un mismo paciente puede compartir criterios diagnósticos de dos o más trastornos del neurodesarrollo; de tal modo, que resulte casi imposible establecer con rigor el diagnóstico de SA u otro trastorno, como puede ser el Trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TAD-H) o el Síndrome de Tourette (ST).

Para entender tanto el SA como sus procesos comórbidos es necesario abordar los mecanismos cognitivos subyacentes al nivel más simple. Es preciso aproximarnos al conocimiento del funcionamiento del cerebro del niño con SA, para ver cómo ciertas disfunciones se aproximan o coinciden con disfunciones propias de otros trastornos. Las modernas aproximaciones cognitivas al SA, de forma prácticamente unánime, hacen referencia a las funciones ejecutivas derivadas de la actividad del córtex prefrontal y estructuras vinculadas al mismo (amígdala, cerebelo, lóbulo frontal).

Corte transversal del encéfalo



Centros nerviosos del cerebro



b) Comorbilidad del Síndrome de Asperger

En la mayoría de los casos de SA las manifestaciones más importantes se ubican en el plano cognitivo y conductual, con unas características bastante específicas. Sin embargo, en una parte importante de niños con SA, existe comorbilidad con otros trastornos. Las manifestaciones comórbidas que pueden asociarse al SA se resumen a continuación:

Comorbilidad en el Síndrome de Asperger

Torpeza Motora / Trastorno del desarrollo de la Coordinación
Síndrome de Tourette / Trastorno Obsesivo-Compulsivo
Trastorno de Déficit de atención-Hiperactividad / DAMP ?
Trastorno específico del lenguaje / Dislexia / Hiperlexia ?
Trastorno Semántico-Pragmático
Trastorno del aprendizaje no verbal
Depresión / Ansiedad

El trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) se define como una marcada alteración en el desarrollo de la coordinación motora que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria y no es debida a una enfermedad médica general.

Si bien el TDC puede existir de forma aislada, con elevada frecuencia se halla asociado al SA. De hecho, el TDC es un criterio diagnóstico para SA según algunos autores. En este sentido, en 1991 Gillberg y Gillberg presentaron sus propios criterios para el diagnóstico del SA, en los cuales se contempla, como un criterio relevante para el diagnóstico, la torpeza motora.

El Síndrome de Tourett (ST) viene definido por la presencia de tics múltiples motores y vocales con una evolución crónica, que el DSM IV establece en un año. Los tics motores pueden ser simples y complejos. Los tics simples involucran únicamente a un grupo muscular y tienen un inicio y final súbitos. Los tics complejos son prolongados, afectan diversos músculos y parecen más propositivos. Si bien en un principio se pensó que era un trastorno muy raro, actualmente, si se incluyen formas leves, se puede considerar su prevalencia muy alta, situada alrededor del 3% de la población escolar.

En el ST existe una fuerte comorbilidad con el TDA-H y con el *trastorno obsesivo compulsivo (TOC)*. La comorbilidad con SA y trastornos de espectro autista (TEA) en general, es menos común. Sin embargo, existen casos en los que están presentes de forma evidente ST y SA; y, también, situaciones límite en las que es muy difícil, si no imposible, decantarse por uno u otro diagnóstico. El ST comparte algunos síntomas con el SA, tales como: *ecolalia y palilalia*, conductas obsesivo-compulsivas, conductas motoras anormales y estereotipias.

En estudios en series amplias se ha sugerido una prevalencia mínima del 8.1% de ST en los TEA. En un trabajo más reciente, se afirma que por lo menos dos terceras partes de niños con ST presentan comorbilidad con problemas de empatía/autismo, incluyendo el SA.

El TDA-H es el término que utiliza el DSM IV para referirse al trastorno que comporta un déficit de la atención en un grado suficiente para generar dificultades en el aprendizaje. Puede ir asociado, o no, a *hiperactividad*. Se definen tres tipos de TDA-H: (1) con predominio de falta de atención, (2) con predominio de hiperactividad-impulsividad, y (3) el tipo combinado.

DAMP corresponde a las siglas de un trastorno muy próximo al TDA-H. Dicha denominación está muy extendida en los países nórdicos. Incluye: (1) déficit de atención, (2) problemas referidos al control motor y (3) problemas perceptivos. Es evidente que existe un solapamiento entre TDA-H y *DAMP*, si bien uno y otro ponen mayor énfasis en determinados aspectos. Puesto que el *DAMP* toma en consideración los problemas de control motor, se podría considerar conceptualmente más próximo al SA. Tanto en un caso, como en el otro, pueden estar presentes determinados síntomas que se describen también dentro del espectro autista, que se especifican a continuación:

Síntomas Autísticos en TDA-H / *DAMP*

Estereotipias Motoras

Preocupación por ciertos temas, objetos o partes de objetos

Peculiaridades del lenguaje

Anomalías en la pronunciación

Pobre comunicación no verbal

Trastorno Semántico-Pragmático

Problemas de Interacción social

Ingenuidad

Las estereotipias motoras, muy frecuentes en el autismo, no son en modo alguno exclusivas de dicho trastorno. Pueden estar incluidas en un contexto conductual asociadas a la hiperactividad motora propia del TDA-H y *DAMP*. Estas manifestaciones pueden estar relacionadas con alteraciones de las vías mesolímbicas que contienen dopamina. Las estereotipias de los niños hiperactivos que más se aproximan a las propias de los TEA son: aleteo de manos, picar con los dedos, balanceo de la cabeza y repetición monótona de sonidos.

Los niños con TDA-H/DAMP pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios, conductas que también en este caso conectan tanto con los TEA como con el ST.

Los problemas de lenguaje, muy frecuentes en el TDA-H/DAMP, y en ocasiones el primer motivo de consulta por parte de los padres, generan que se puedan adquirir algunas de las características propias de los TEA: ecolalias, pobre capacidad expresiva, deficiente comprensión verbal. Los problemas semánticos, unidos a una pobre habilidad para entender el contexto social, pueden aproximarse a un trastorno semántico-pragmático del lenguaje.

Tampoco resulta excepcional que el lenguaje esté afectado a nivel prosódico, o en la modulación del volumen expresivo. Otras veces el niño con TDA-H, en su forma disatencional, en lugar de ser extremadamente charlatán, es sumamente callado; aproximándose al mutismo selectivo, a su vez también relacionado con el SA. Igualmente la comunicación derivada de la gesticulación no verbal puede ser muy limitada o inapropiada en el TDA-H/DAMP.

Un problema, en algunos niños con TDA-H/DAMP, es su falta de habilidad para la interacción social. Ello puede estar motivado tanto por una cierta ingenuidad, como por una carencia de empatía. En un estudio de Clark y Feehan en 1999, encuentran en niños con el diagnóstico de TDA-H, una elevada proporción (entre el 65-80%) con dificultades significativas para la interacción social y la comunicación. Los aspectos donde esto se pone más en evidencia son la empatía y la relación con los compañeros; lo cual ocurre a partir de dificultades para la comunicación no verbal y el mantenimiento de una conversación.

Todas estas apreciaciones han conducido a la propuesta de que posiblemente exista un continuo entre el autismo con retardo mental severo, el autismo clásico de Kanner y el TDA-H/DAMP (Gillberg y Gillberg, 1989, y Wing, 1991). En este

continuo el SA se ubicaría entre el TDA-H/DAMP y las formas leves de autismo de Kanner.

En la práctica, los casos fronterizos entre TDA-H y SA pueden presentar serias dificultades para orientar la intervención, y sobre todo para matizar la información que van a recibir la familia y los educadores. Parece sensato que en tanto no se cumplan los criterios completos del trastorno más severo, en este caso SA, es preferible quedarse con el diagnóstico de TDA-H/DAMP, pero poniendo en evidencia los síntomas "autísticos" y teniendo muy presente en la intervención psicopedagógica todos los aspectos sociales. En otras ocasiones, no debe existir ningún reparo en proponer ambos diagnósticos, lo cual permitirá racionalizar el tratamiento. Por ejemplo, recomendando metilfenidato a un niño con el diagnóstico de TEA si presenta manifestaciones típicas de TDA-H/DAMP.

El nexo neurocognitivo entre SA y TDA-H/DAMP quizás resida en el trastorno de la función ejecutiva (FE) que ha sido descrito en ambos trastornos. A continuación se resumen algunos síntomas observados en pacientes con lesiones frontales, que se observan de forma muy acusada tanto en pacientes autistas como en el TDA-H/DAMP:

Síntomas relacionados con lesiones frontales

Ausencia de empatía. Pobre afectividad
Conducta estereotipada
Perseveraciones
Rutinas
Intereses restringidos
Reacciones catastróficas ante cambios del entorno
Conductas compulsivas
Reacciones emocionales inapropiadas y repetitivas
Falta de originalidad y creatividad
Dificultades en focalizar la atención
Poca habilidad para organizar actividades futuras

Estos síntomas se relacionan con una alteración de la FE. La FE agrupa una serie de funciones relacionadas con la actividad de las áreas premotoras del lóbulo frontal. Puesto que el lóbulo frontal tiene conexiones con todo el córtex, la FE no se puede considerar circunscrita únicamente al lóbulo frontal, si bien su disfunción representa el paradigma de la lesión frontal. Las funciones ejecutivas nucleares son: planificación, flexibilidad, memoria de trabajo, monitorización e inhibición. Pero, a partir de un análisis más profundo, se ha propuesto que los mecanismos cognitivos que podrían explicar por sí mismos los distintos déficits relativos a la FE son la memoria de trabajo y la inhibición.

El trastorno específico del lenguaje (TEL) forma parte de los criterios diagnósticos para el autismo. Por el contrario, en referencia al SA, el DSM IV no solo no menciona la necesidad de que exista un problema del lenguaje, si no que, por el contrario, incluye como criterio necesario para el diagnóstico que no exista un retardo significativo en el lenguaje; entendiendo por retraso significativo la falta de uso de palabras simples más allá de los dos años o de frases comunicativas pasados los 3 años.

Sin embargo, no se debe deducir de la definición del DSM IV que no existe relación entre el lenguaje y el SA. En realidad, prácticamente siempre está presente alguna alteración del lenguaje en el SA. Lo que ocurre es que los aspectos formales del lenguaje no están alterados, aunque sí lo están los aspectos pragmáticos, es decir, el uso del lenguaje en relación con el contexto.

Llegados a este punto, debemos introducirnos en la relación entre el déficit pragmático del lenguaje y los TEL. Se entiende por déficit pragmático del lenguaje las alteraciones referentes al uso socialmente contextualizado del lenguaje más allá de sus aspectos puramente formales.

El punto crítico de la cuestión aparece a partir del momento que incluimos en el concepto del lenguaje, no solo lo que el individuo dice, a partir de contenido de sus palabras, si no que también tomamos en consideración toda la intencionalidad contenida en las palabras. Es decir, el lenguaje tiene dos dimensiones, una no social, ligada estrictamente al sentido literal de las palabras y la sintaxis; y otra social, derivada de la función de las palabras en relación con el contexto social en el que se generan las palabras. En los estudios clásicos sobre el lenguaje se han considerado estas dimensiones como independientes una de otra. Por tanto, un individuo con un TEL, podría tener un déficit únicamente en los aspectos formales del lenguaje. Entrando en el contexto clínico, existiría una separación entre los trastornos del lenguaje y los trastornos de la cognición social, es decir, los trastornos autísticos. Sin embargo, este planteamiento posiblemente no sea argumentable en base a los estudios recientes sobre la interacción entre lenguaje y desarrollo de las habilidades sociales.

Si se considera que la dislexia se sustenta en un déficit fonológico, aspecto disfuncional que comparten una parte importante de niños con TEL, es comprensible entender el nexo entre dislexia y SA. Esta asociación, aunque es poco común, debe contemplarse como una posibilidad en algunos niños con SA.

La hiperlexia, consiste en una excelente habilidad para la mecánica lectora, pero con una comprensión lectora muy baja. Algunos niños con SA pueden presentar este problema que, en cierto modo, podría ser el equivalente del trastorno semántico pragmático del lenguaje, aplicado a la lectura.

El Trastorno del aprendizaje no verbal (TANV) es un síndrome que se caracteriza por déficits primarios en la percepción táctil y visual, en las habilidades de coordinación psicomotora y en la destreza para tratar con material o circunstancias nuevas. Presumiblemente, una de las áreas de mayor preocupación son los problemas sociales y emocionales que presentan. Dichos problemas podrían ser el resultado de las dificultades en el procesamiento de la información no verbal y espacial, provocando los fallos y las malas interpretaciones de las señales sociales sutiles vinculadas a la comunicación no verbal. Por tanto, a los niños con TANV les resulta difícil comprender las expresiones faciales, los gestos y los tonos de voz. Este hecho puede conducir al aislamiento social. Algunos niños intentan aliviar el aislamiento entre sus compañeros interactuando únicamente con los adultos, más agradecidos con sus habilidades verbales, menos sensibles a su torpeza motriz, y en general más comprensivos.

Muchas de las características que se han descrito para el TANV se superponen a las propias del SA. Incluso se podría afirmar que el TANV y el SA podrían representar varios grados de severidad del mismo "continuum" neurocognitivo. Sin embargo, también es posible descubrir algunas diferencias, e incluso intuir unos límites entre ambos trastornos. Podría afirmarse que una parte de los niños con TANV cumplen criterios del DSM-IV para el SA, sin embargo no todos los niños con TANV muestran un déficit social tan grave, ni cumplen todos los criterios de SA. En el TANV no es habitual que presenten rutinas y rituales comportamentales y patrones inusuales del lenguaje tan marcados como en el SA. Por el contrario, uno de los componentes más característicos del TANV, el déficit visuoespacial, no suele ser tan acentuado en el Síndrome de Asperger.

La depresión también muestra una fuerte comorbilidad con el SA. Se debe hacer notar que no es raro que algunos síntomas depresivos pasen desapercibidos por los padres, y únicamente a partir de la entrevista individual con el niño puedan ser evidenciados.

Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con SA son la falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño.

?

Los trastornos de ansiedad se han considerado los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. Su comorbilidad con el SA es mucho mayor de la que sería de esperar por el azar. Al igual que para los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas. El niño ansioso suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar.

c) Pruebas médicas complementarias

No hay ninguna prueba biológica diagnóstica para el SA, por tanto sólo deben realizarse aquellas que estén orientadas a una manifestación comórbida (por ejemplo, un EEG, preferiblemente de sueño, para ayudar al diagnóstico de una epilepsia), o en casos raros en que se sospeche una etiología específica. Algunos expertos consideran conveniente la práctica sistemática de un cariotipo, además del estudio molecular para el Síndrome X-Frágil.

No es útil, ni sensato, solicitar de forma sistemática estudios de Resonancia Magnética o TAC craneal, estudios sobre enfermedades metabólicas y potenciales evocados; sin

embargo, en casos concretos, racionalmente seleccionados, pueden aportar datos interesantes.

Menos justificado está todavía solicitar pruebas de alto nivel tecnológico, cuya utilidad en el SA está restringida al uso experimental, de acuerdo a protocolos de investigación (PET, SPECT, Magnetoencefalografía, RM funcional). Para llevar a cabo estas pruebas se deben cumplir unos mínimos requerimientos éticos: consentimiento informado y financiación por una beca de investigación.

Pero en modo alguno estas consideraciones excluyen que todo niño con SA sea sometido a un riguroso examen neurológico orientado a descubrir estigmas o alteraciones que puedan sugerir una etiología específica. En este sentido, se investigará la presencia de manchas, sugestivas de enfermedades neurocutáneas y dismorfias sindrómicas. También es necesario valorar el déficit motor, con el fin de excluir otros trastornos neurológicos con alteración de la coordinación motora.

d) Tratamiento farmacológico del Síndrome de Asperger

No existe ningún fármaco específico para el SA, sin embargo es muy importante tratar algunos síntomas. Puesto que los resultados sobre el uso de psicofármacos en el SA están ampliamente avalados por la experiencia, en todos los casos resulta necesario plantearse la pregunta de si es posible mejorar los síntomas de un niño con SA mediante la prescripción de una medicación. No parece prudente, ni posiblemente sensata, una actitud obcecadamente abstencionista.

Cada paciente es distinto y cada edad merece unas consideraciones específicas por lo que respecta a la respuesta a los fármacos. Sin embargo, es recomendable seguir unas normas generales orientadas a optimizar el uso de los psicofármacos, que se exponen más abajo. La introducción

lenta de un fármaco permite minimizar posibles efectos secundarios que, en ocasiones, desaniman a la familia a seguir administrando un producto considerado como negativo por el hecho de haber producido manifestaciones indeseables. La introducción lenta permite, asimismo, ajustar la dosis de la forma más precisa porque cada paciente puede responder de modo distinto.

Principios generales para el Tratamiento Farmacológico del Síndrome de Asperger

- *Vamos a tratar síntomas.*
- *Se debe empezar a dosis muy bajas y hacer una escalada lenta.*
- *En la medida de lo posible, cuando sea pertinente, deben utilizarse escalas de conducta que permitan valorar la respuesta.*
- *No debe mantenerse un fármaco si no hay una clara evidencia sobre la eficacia.*
- *Periódicamente debe suprimirse la medicación para valorar si sigue siendo necesaria.*
- *En general, cada fármaco requiere unos controles específicos.*
- *Valorar mediante cuestionarios específicos posibles efectos secundarios.*
- *“Natural” no es sinónimo de “inocuo”.*

Una de las mayores dificultades a la que nos enfrentamos con el uso de psicofármacos estriba en valorar su eficacia. A diferencia de otras enfermedades de síntomas objetivables o cuantificables por métodos técnicos, en el SA la mejoría se basa casi exclusivamente en la opinión de padres o educadores. Es

necesario disponer de escalas que permitan cuantificar el síntoma o los síntomas que estamos tratando, para tener la certeza de que el efecto beneficioso de la medicación alcanza más allá del razonable deseo de obtener una mejoría. Para los problemas de atención e hiperactividad puede ser útil la escala de Conners. También es necesario recabar la opinión de distintos observadores en situaciones diversas. Por ejemplo, es posible que una respuesta favorable al metilfenidato se aprecie en el colegio, pero sea imperceptible en casa, como consecuencia de que al terminar el horario escolar el efecto del medicamento ya haya pasado.

Puesto que los fármacos aplicados al SA 'no curan', se hace totalmente necesario llegar a la certeza de su efecto favorable sobre determinados síntomas. Si no es éste el caso, no hay razón alguna para mantener una medicación. Es necesario también que periódicamente se suspenda el fármaco con el fin de valorar si su eficacia se mantiene. Dado que los síntomas del SA se relacionan con el desarrollo del sistema nervioso, puede variar tanto la expresión de los mismos como la respuesta a la medicación. Por lo tanto, el hecho de establecer periódicamente intervalos sin medicación permite conocer cuál es el curso natural del trastorno e ir actualizando la pauta terapéutica. Durante los períodos de descanso se puede dejar de administrar la medicación o bien recomendar un placebo, en cuyo caso la valoración tendrá que ser más precisa. Según la medicación administrada será necesario establecer controles analíticos o de otro orden, específicos para cada fármaco. De este modo podrán evitarse posibles efectos secundarios que, aunque infrecuentes, no deben dejar de tomarse en consideración. En este mismo sentido se recomienda facilitar a la familia una hoja que permita valorar, mediante la observación, posibles efectos secundarios.

A continuación se exponen los síntomas susceptibles de recibir tratamiento. De acuerdo con las manifestaciones que se presenten en cualquiera de estos grupos, podrá recomendarse

un tratamiento ajustado a cada caso. Dada la complejidad sintomática del SA no debe excluirse la politerapia.

Síntomas que pueden tratarse

- *Epilepsia*
- *Trastorno de Déficit de Atención / Hiperactividad*
- *Trastorno de Conducta*
- *Depresión*
- *Ansiedad*
- *Tics*
- *Síntomas Obsesivos*
- *Trastorno del Sueño*

e) Productos “alternativos”

Una de las consecuencias de la actitud reticente al uso de psicofármacos en niños ha conducido a la expansión del uso de productos alternativos, también llamados “naturales”. El aspecto común entre ellos es que no están regulados por los controles sanitarios y de calidad requeridos para los productos registrados como fármacos. Entre estos abordajes se encuentran las megavitaminas, hierro, zinc, magnesio, piridoxina, ácidos grasos esenciales, antioxidantes, levadura de cerveza, dietas hipoglucémicas, eliminación de colorantes y aditivos de los alimentos y dietas sin gluten o caseína.

Un hecho común es que su efecto no se basa en un planteamiento teórico aceptado científicamente. Ninguna de estas formas de intervención ha mostrado, mediante estudios controlados, efectos positivos sobre los TEA. Tampoco tienen una acción diana específica que permita, por lo menos, observar de forma objetiva la respuesta terapéutica.

El Síndrome de Asperger en la Infancia

La infancia suele ser una etapa relativamente dorada para las personas con SA. A diferencia de lo que sucederá unos pocos años más tarde —en la preadolescencia y la adolescencia—, en estos primeros años de vida los niños con SA suelen disfrutar de un relativo bienestar. Sus intereses, su peculiar modo de comportarse y su deseo de preservar su soledad todavía no han colisionado con los intereses de sus compañeros y de la vida en sociedad. Así, los primeros años de la niñez permiten que pasen desapercibidas, o que se miren con benevolencia, determinadas actuaciones que con el transcurso del tiempo pasarán a ser extrañas e incomprendidas, en el mejor de los casos, y blanco de las burlas en el peor. El exceso de sinceridad, la incompetencia para desentrañar las reglas implícitas en las interacciones sociales, los intereses restringidos, la inflexibilidad mental y comportamental, o la ausencia de recursos para socializar, todavía no se han manifestado con toda su dureza (y quedan camuflados y confundidos entre las propias características y el desarrollo evolutivo de cada niño). Estas pueden ser algunas de las razones por las cuales muchos niños con SA todavía no han recibido un diagnóstico en la etapa de Educación Infantil y el primer ciclo de Primaria. Aunque para entonces los padres y profesores ya han comenzado a percibir que determinadas habilidades y dificultades parecen anómalas o infrecuentes, todavía no han llegado a considerar la necesidad de recurrir a un profesional que ayude al niño a solventarlas (o no saben muy bien a qué profesional deberían dirigirse). Además, y como consecuencia de la gran variedad de áreas afectadas por el SA, a los padres y

profesores les cuesta comprender la interrelación y el nexo de unión que subyace tras cosas tan dispares como las dificultades para relacionarse con los iguales y la torpeza motora. De este modo, y a medida que el niño va creciendo, los padres y profesores reparan en las dificultades del niño para realizar de forma competente algunas actividades o acciones, pero todavía las contemplan de un modo independiente y fraccionado (y no como síntomas interrelacionados que constituyen un diagnóstico diferencial concreto). Hasta hace muy poco tiempo, esta situación de desconcierto e incompreensión, asociada a la falta de un diagnóstico capaz de explicar y rendir cuenta de todos los síntomas, podía prolongarse hasta la edad adulta. Afortunadamente, y gracias a la labor divulgativa y formativa de algunos padres y profesionales, esto ha comenzado a cambiar, y el síndrome se detecta a edades cada vez más tempranas, lo que sin duda mejorará la comprensión del individuo acerca de sí mismo y la del entorno.

Por su parte, los niños con SA suelen disfrutar en estos primeros años de vida de una pequeña tregua que sólo volverán a recuperar, en algunos casos, en la edad adulta. Las características que tienen los primeros años de la infancia constituyen, en un primer momento, un entorno en el que las personas con SA pueden desenvolverse en condiciones bastante semejantes a las que poseen sus iguales. Los juegos, casi siempre en paralelo o sutilmente cooperativos, permiten que la persona con SA pueda elegir entre participar, sin mostrar excesiva torpeza, o mantenerse al margen sin llamar demasiado la atención, disfrutando de su soledad. Del mismo modo, las interacciones sociales (y nociones como el concepto de *amistad* o el de *complicidad*) todavía no han alcanzado la complejidad que poco a poco irán adquiriendo, por lo que el niño con SA todavía puede ser un compañero relativamente eficaz.

En la Educación Primaria, no obstante, toda la tranquilidad previa irá dando paso a una nueva situación en la que las dificultades y las limitaciones serán cada año más

evidentes. Desde este momento, el niño con SA irá distanciándose cada vez más de sus iguales, lo que no hará sino aumentar su soledad.

a) Principales dificultades en la etapa de Primaria

- Dificultad y falta de destreza a la hora de “manejárselas” con sus iguales.
- Dificultad para percibir las sutilezas y las demandas implícitas en las situaciones sociales (cada vez más sofisticadas).
- Dificultad para interpretar las normas de un modo flexible y dinámico: el niño con SA se aferrará a las normas y al deseo de invarianza (dando muestras continuas de inflexibilidad y de poca adecuación a los cambios imprevistos).
- Dificultad para comprender muchos de los estados internos de las personas que le rodean (produciendo en los demás la sensación de una intensa falta de empatía).
- Dificultad para moverse con movimientos ágiles, coordinados y precisos (pareciendo un pésimo compañero de juegos).
- Dificultad para tomar la iniciativa en las interacciones con sus iguales (produciendo la imagen de cierta pasividad y desinterés).

-
- Dificultad para compartir sentimientos eminentemente sociales: competitividad, rivalidad, o triunfo (lo que le hará parecer, ante los ojos de los otros niños, como un compañero de juegos “aburrido” y poco interesante).
 - Frecuentes problemas de conducta tanto en casa como en la escuela (siendo características las rabietas desproporcionadas).
 - Juegos e intereses limitados y poco afines a los juegos e intereses de sus compañeros.
 - Empleo de un vocabulario extremadamente pedante (desconcertando tanto a niños como a adultos).
 - Preguntas repetitivas.
 - Hipersensibilidad a algunos estímulos (que pueden llegar a limitar o complicar significativamente sus actividades de la vida diaria).
 - Trastornos de la alimentación derivados de la restricción de muchos alimentos.
 - Trastornos del sueño.
 - Intolerancia con los hermanos (a los que someten a instrucciones y prohibiciones frecuentes. Por ej.: “No entres en mi cuarto”).

b) Cualidades y aspectos positivos en la etapa de Primaria

- Intenso afán de conocimiento. Gran motivación por recopilar información (u objetos) que versan sobre sus intereses particulares.
- Excelente memoria para recordar la información que les interesa.
- Gran capacidad para mantener la atención sobre un centro de interés.
- Hiperlexia (en algunos casos), precocidad en la adquisición de la lectura (entre otras).
- Sobresaliente destreza y/o conocimiento en alguna parcela concreta.

c) Necesidades en la etapa de Primaria

A menudo esta etapa plantea grandes retos en la educación de los niños. Los conflictos con compañeros, las conductas inapropiadas en el aula y los estallidos emocionales pueden requerir de la intervención flexible de personal especializado que asesore al profesorado, personal de apoyo tanto en el aula como fuera de ella, de colaboración del resto del profesorado del centro y de reuniones frecuentes para trabajar en equipo. Es necesario que exista una estrecha colaboración y comunicación entre las distintas personas implicadas en la educación del niño con Síndrome de Asperger.

-
- Los niños con Síndrome de Asperger son “diferentes”, inocentes y solitarios. Todo ello les convierte en el blanco perfecto de bromas y burlas por parte de sus compañeros. Estas situaciones de “abuso” ocurren sobre todo en los tiempos sin organización (recreo, comedor y de camino a casa). Es necesario prevenir estas situaciones mediante un apoyo y vigilancia programada y flexible.
 - Preparar al niño anticipándole los cambios de rutina.
 - En este periodo el tutor es la persona más importante en la evolución del niño en el colegio. Crear un clima de afecto y comprensión y potenciar una relación positiva entre el tutor y el niño son dos claves fundamentales para facilitar la adaptación e integración del niño en el entorno escolar.
 - Proporcionar apoyos extras y adaptar la programación de actividades extraescolares para que puedan ser realizadas por los niños con Síndrome de Asperger.
 - Fomentar la participación activa en el aula, aprovechando sus intereses y resaltando sus capacidades para que el niño se sienta valorado.
 - Muchos de estos niños presentan dificultades atencionales. Para evitar que el déficit atencional interfiera en sus procesos de aprendizaje es importante adaptar el entorno del aula, disminuyendo en la medida de lo posible los estímulos distractores (por ejemplo, colocar al niño lejos de las ventanas, puertas o lugares de paso, situar su pupitre cerca del profesor y, a ser posible, al lado de niños tranquilos y afines a él).

-
- Emplear apoyos visuales para organizar su jornada escolar (agendas), para motivar la comunicación con la familia (“cuaderno viajero”, de ida y vuelta del colegio a casa), para anticiparles posibles cambios en la jornada escolar y para guiar sus comportamientos (cuadernos de normas de conducta para situaciones específicas).
 - Vivir en un ambiente estructurado y predecible.
 - Enseñar de una manera explícita lo que en muchos casos no requiere una enseñanza formal (estados mentales, normas de cortesía...). No dar nada por supuesto.
 - Garantizar el éxito en las interacciones sociales con iguales, empleando para ello la figura mediadora de un adulto y diseñando programas específicos de habilidades sociales tanto dentro del aula como en los tiempos de recreo.
 - Adaptar los objetivos curriculares (si fuese preciso).
 - Diseñar situaciones de enseñanza-aprendizaje en entornos naturales. Siempre que sea posible, es aconsejable que el apoyo individual del profesor de pedagogía terapéutica (PT), se lleve a cabo dentro del aula.

El Síndrome de Asperger en la Adolescencia

Muchas de las características definitorias del SA se hacen más complejas al llegar a la adolescencia. Además, el panorama se complica si tenemos en cuenta que algunas de las dificultades de estas personas son más fáciles de manejar en la infancia. Durante la adolescencia, las características y cambios típicos de esta edad llevan, en la mayoría de los casos, a un mayor sentimiento de soledad, incomprensión y deseo frustrado de pertenecer a un grupo. Las últimas investigaciones han demostrado que a partir de la adolescencia el riesgo de padecer alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad u obsesiones aumenta notablemente en las personas con SA. Para ellas, la adolescencia es una época especialmente difícil, ya que en ese momento experimentan un mayor deseo de relación y necesidad de formar parte de un grupo, junto con una clara conciencia de las diferencias entre ellos y los otros chicos de su edad. Además, los cambios físicos que conlleva la adolescencia suelen confundir mucho a estas personas. Durante este periodo, los chicos con SA se pueden mostrar excesivamente sensibles a las críticas y a las burlas de sus compañeros. Aunque los cambios físicos se producen a la misma edad que en el resto de los adolescentes, los cambios emocionales suelen mostrar cierto retraso; así, mientras que sus compañeros ya hablan de novias o de saltarse las reglas, ellos continúan queriendo sólo una amistad y muestran fuertes valores morales. A pesar de ello, y como veremos más adelante, la adolescencia también trae consigo una mayor comprensión de las distintas situaciones sociales, mayor capacidad de reflexionar sobre distintos eventos y sobre uno mismo y mayor motivación hacia el aprendizaje y la

superación de las propias limitaciones. Aunque los problemas a los que se tiene que enfrentar un adolescente con SA son, en cierto sentido, diferentes a los que hemos señalado en la infancia, en esta nueva etapa del ciclo vital el adolescente continúa presentando las mayores dificultades en las áreas de relación social, comunicación, flexibilidad y coordinación motora. Junto a éstas, resumimos en el siguiente listado los principales problemas que suelen aparecer cuando las personas con SA llegan a la adolescencia.

a) Principales dificultades en la adolescencia

- Presencia de inmadurez en el plano emocional.
- Presencia de reacciones emocionales desproporcionadas y poco ajustadas a la situación.
- Intereses inmaduros y poco acordes con la edad (por ejemplo determinados dibujos animados, personajes de programas infantiles, etc.).
- Mayor conciencia de diferencia y de soledad.
- Sentimientos de incompreensión y soledad.
- Mayor vulnerabilidad a alteraciones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés.
- Descuido de la higiene y el cuidado personal. Muchos adolescentes con SA se muestran poco consistentes en aspectos relacionados con la higiene personal, por ejemplo, se niegan a ducharse diariamente, descuidan su aspecto físico, rechazan utilizar desodorante o colonia y

prestan poca atención a la higiene bucal. Esa tendencia a descuidar la imagen personal y la propia higiene que muestran muchos adolescentes también va a favorecer su aislamiento y fracaso a la hora de encontrar un grupo de referencia con el que poder interactuar. A pesar de ello, es importante señalar que en algunos casos ocurre lo contrario, llegando incluso a desarrollar rituales obsesivos en relación con la higiene (por ejemplo, el lavado obsesivo de manos).

- Desinterés hacia las modas y la imagen personal.
- Aumento de las obsesiones y los rituales de pensamiento. Los rituales simples de conducta y el interés obsesivo hacia determinados temas típicos de los niños con SA, suelen dar paso a verdaderas obsesiones y rituales de pensamiento durante la adolescencia. No es extraño que muchos adolescentes reciban, en esta etapa de la vida, un diagnóstico adicional de Trastorno Obsesivo Compulsivo y que requieran un tratamiento farmacológico adecuado a esa nueva condición.
- Dificultades académicas. El rendimiento escolar en los cursos superiores se ve dificultado por:
 - La lentitud al coger apuntes.
 - Las dificultades para adaptarse a los frecuentes cambios de profesores, aulas, horarios, etc.
 - Torpeza a la hora de elaborar planes de estudios y secuenciar sus tareas.
 - Desmotivación hacia determinadas asignaturas.
 - Dificultades para captar la idea principal de un texto y para seleccionar la información más relevante.

Es importante señalar que este panorama puede cambiar al llegar a la universidad. Los chicos con SA que logran acceder a una carrera universitaria suelen mostrar buenos resultados académicos. Esto se debe en parte a que aumenta notablemente la motivación hacia el estudio (lo normal es que elijan carreras relacionadas con sus temas de interés) y a que no sienten tantas presiones sociales (el ambiente universitario facilita el “pasar desapercibido”).

b) Cualidades y aspectos positivos de los adolescentes con Síndrome de Asperger

Junto a las dificultades anteriormente descritas, es importante destacar también los aspectos positivos que aparecen con la llegada de la adolescencia. Aparte de los puntos fuertes ya comentados como la excelente memoria, la presencia de habilidades especiales en áreas concretas, el dominio de un rico vocabulario o el perfeccionismo, cabe destacar las siguientes características positivas:

- Presencia de fuertes valores morales. Los adolescentes con SA suelen mostrar altos valores de lealtad, sinceridad, compañerismo y bondad, lo que les convierte en personas excepcionales y honestas, defensores a ultranza de los derechos humanos y fuertes críticos de las injusticias que observan a su alrededor.
- Persistencia para alcanzar sus metas y objetivos.
- Gran deseo de superación.
- Personalidad sencilla, ingenua y “transparente”.

-
- Ausencia de malicia y de “dobles intenciones”.
 - Mejor dominio de las reglas sociales básicas. Al llegar a la adolescencia, muchos chicos con SA, sobre todo si han recibido un tratamiento adecuado durante la infancia, han interiorizado y aprendido algunas reglas sociales básicas, lo que les permite desenvolverse con mayor soltura y éxito en situaciones de interacción social breves y “superficiales”. Muchos adolescentes comentan que no muestran especiales dificultades a la hora de conocer a una persona y mantener una breve conversación con ella; sin embargo señalan que los problemas siguen apareciendo cuando se trata de intimar con esa persona o mantener una relación más cercana y profunda.

c) Necesidades en la adolescencia

En los ciclos de educación secundaria y superior es importante tener en cuenta una serie de estrategias útiles que pueden facilitar tanto el éxito académico del chico con SA como su integración social en su grupo de referencia, disminuyendo de esta manera el absentismo escolar, la desmotivación y el malestar que suelen expresar muchos de estos adolescentes cuando llegan a cursos superiores. Para facilitar la adaptación a las nuevas exigencias académicas y sociales es aconsejable tener en cuenta las siguientes orientaciones educativas centradas en el ámbito escolar:

- Educar a los compañeros en la tolerancia, respeto y comprensión hacia el chico con SA, describiendo las características del cuadro y haciendo especial hincapié en la limitación en habilidades sociales.

-
- Enfatizar las habilidades académicas sobresalientes del chico con SA, mediante situaciones de aprendizaje cooperativo en las cuales sus habilidades de lectura, vocabulario, memoria, almacenamiento de información, etc. sean consideradas como algo valioso por sus compañeros y fomenten su aceptación.
 - Motivarles a participar en situaciones que refuercen su autoestima, mejoren su imagen de cara a los demás y faciliten la integración en el grupo.
 - Intentar asignarles algunas tareas académicas en las que se puedan incluir sus temas de interés.
 - Proporcionarles adaptaciones no tanto de contenido como de metodología (más tiempo para terminar sus tareas y exámenes, posibilidad de exámenes orales, utilización de un ordenador con procesador de texto, potenciar la vía visual de aprendizaje, empleo de preguntas cerradas en los exámenes como los test de respuestas múltiples, tiempo extra para pasar a limpio los escritos, etc.).
 - Proporcionar directrices claras sobre la manera de presentar los trabajos.
 - Contar con la figura de un tutor o profesor de “apoyo” que esté pendiente del estado emocional del chico y que pueda tener reuniones periódicas con él para hablar sobre su situación personal, académica, emocional. Este tutor además debería:

1. Elaborar planes de estudio
2. Planificar y controlar técnicas que le permitan hacer frente a situaciones difíciles que se le puedan plantear en el ambiente escolar.
3. Motivarle a alcanzar metas y ayudarlo a percibir las como alcanzables si se plantean estrategias adecuadas.
4. Ofrecer orientación laboral y profesional.

- Incluir al chico/a en un programa de educación física orientado hacia la salud y la buena forma física, y no en un programa de deportes competitivos.

- Analizar las posibles reacciones disruptivas del chico/a antes de asumir culpas o atribuir determinadas intenciones. Las verdaderas razones que subyacen a un determinado comportamiento, pueden no ser tan claras, y la adopción de medidas drásticas, como castigos, pueden empeorar la situación ya que ante ellos, el chico/a se puede sentir injustamente tratado y desmotivado a cambiar su comportamiento.

- Preparar al chico/a con SA para el paso a la universidad o al mundo laboral. Es muy importante planificar, anticipar y prepararlo para ese cambio, que generalmente provoca altos niveles de ansiedad y miedo. Durante el último curso de bachillerato se deben planificar visitas al campus universitario, asistir a algunas clases de oyente, coger apuntes, bajar a la cafetería, visitar la biblioteca, etc. para eliminar la imagen negativa que suelen desarrollar del ambiente universitario, aumentar la motivación a terminar sus estudios de

bachillerato y poder comenzar a elaborar un plan de futuro.

- Fomentar la participación en actividades extracurriculares relacionadas con los puntos fuertes e intereses del chico/a. Estos grupos le brindarán otra oportunidad estructurada para interactuar con sus compañeros.

Aparte de estas estrategias descritas en el apartado de estrategias generales de tratamiento, durante la adolescencia, los chicos y chicas con SA necesitan:

- Conocer y aceptar lo que significa el “Síndrome de Asperger”. Existen programas específicos, como el de Peter Vermeulen (1999) en los que se recogen los pasos a seguir para comunicar a los chicos su diagnóstico.
- Reconocer lo bueno y malo de uno mismo.
- Desarrollar estrategias de autocontrol (técnicas de relajación, inoculación de estrés, técnicas para aliviar o controlar la ansiedad, desensibilización de posibles fobias, etc).
- Adquirir un autoconcepto positivo y realista.
- Seguir programas específicos de enseñanza de técnicas de control de pensamientos obsesivos y preguntas repetitivas.
- Recibir apoyo orientado a mejorar las habilidades sociales y conversacionales.

La vida adulta de las personas con Síndrome de Asperger

Aunque cada vez es más frecuente la detección temprana de los casos de SA, en España hay muchos adultos con estas características que han pasado desapercibidos o que han sido tratados por psicólogos, psiquiatras y educadores sin saber concretamente qué es lo “iba mal”. En la edad adulta las personas con SA suelen presentar una serie de problemas asociados, como depresión, ansiedad, trastornos obsesivos, etc., consecuencia de la ausencia de intervención temprana y que condicionan su felicidad. Algunas de estas personas se casan y forman una familia, y en ocasiones, cuando son conscientes de sus dificultades acuden a servicios de orientación familiar.

a) Principales dificultades en la edad adulta

- Dificultades de relación social. Incapacidad o dificultad para tener amigos y profundizar en las relaciones. Suelen ser personas solitarias por el poco éxito que obtienen en sus intentos por entablar una amistad.
- Dificultades para el trabajo en equipo. Dificultades para comprender el mundo mental de los otros y el propio, e incapacidad para entender claves sociales que le ayuden a regular su conducta.
- Problemas para detectar emociones y sentimientos ajenos y dificultad para expresar sus sentimientos.

- En ocasiones presencia de rituales o estereotipias motoras que se desencadenan en situaciones concretas y que se escapan de su control.
- Autoestima y autoconcepto ambiguos que pueden ir acompañados de sentimientos de superioridad en algunos aspectos, o ideas excesivamente negativas centradas en el desconocimiento de sus aptitudes y competencias.
- Incapacidad para planificar y organizar su futuro en base a proyectos realistas. Suelen presentar ansiedad y episodios de depresión.
- Problemas en la toma de decisiones. Generalmente, aunque demanden independencia y autonomía, elecciones tan básicas como la ropa o el restaurante donde van a ir a comer les pueden resultar muy difíciles. Decisiones importantes que pueden cambiar el rumbo de su vida, por ejemplo en el plano laboral, suelen ser motivo de conflictos internos y les generan demasiada ansiedad.
- Dificultades para manejar relaciones de pareja.
- Dificultades atencionales que se pueden reflejar en el entorno laboral.
- Problemas para encontrar trabajos donde haya que superar una entrevista, ya que tienen grandes dificultades para captar qué es lo que el entrevistador necesita saber sin que se lo digan de forma explícita, y

para regular la información que deben ofrecer, “tanto en calidad como en cantidad”.

- A pesar de sus dificultades, son capaces de generar estrategias alternativas para manejarse en el mundo social.

b) Cualidades y aspectos positivos en la edad adulta

- Suelen ser personas muy nobles y decir en cada momento lo que piensan.
- Cuando su trabajo se ajusta a sus intereses y tiene una baja demanda social, el éxito profesional suele estar garantizado.
- Reclaman independencia económica y social.
- Suelen ser perfeccionistas a la hora de realizar cualquier tarea.
- Capacidad de almacenar grandes cantidades de información, sobre todo de sus intereses.
- Suelen ser más eficientes en trabajos técnicos (informática, matemáticas, fotografía, administración, etc.).
- Cuando las metas están claramente definidas suelen ser persistentes en la consecución de los objetivos.

c) Necesidades de los adultos con Síndrome de Asperger

- Terapias centradas en la mejora de la autoestima y en favorecer un autoconcepto positivo y realista.
- Conocer y saber que no son enfermos mentales, sino que tienen otra forma de percibir e interpretar el mundo que les rodea.
- Enseñanza explícita sobre las relaciones sociales en el mundo laboral y en su vida en general.
- *Mediador social y laboral* que le ayude a generar estrategias para desenvolverse con éxito (enseñanza explícita de resolución de conflictos sociales y laborales).
- *Servicio de Orientación y Asesoramiento Personal y Familiar* al que poder acudir cuando sea necesario.
- Minimización de distractores ambientales en entornos laborales.
- Trabajos con baja implicación social.
- Tareas bien secuenciadas con un principio y un fin claros.
- Plazos para la consecución de sus objetivos laborales, máxima estructuración.

Síndrome de Asperger y familia

No podemos obviar las dificultades a las que se enfrentan las familias de personas con SA, por lo que nuestra intención en este apartado es presentar algunas claves que puedan ayudar a entender la problemática específica a la que se enfrentan las familias a lo largo del ciclo vital de sus hijos. Vamos a hacer referencia sobre todo a tres momentos críticos:

a) La detección

Aunque algunas familias son conscientes de que a sus hijos les ocurre “algo”, en la mayoría de los casos es la escuela la que da la voz de alarma, generando una situación de *incertidumbre*. El desarrollo aparentemente normal durante los primeros años de vida y el desconocimiento de muchos profesionales, puede llevar a una interpretación errónea de esas conductas entendiéndolas como un problema coyuntural que tiene que ver con causas emocionales (mala adaptación a la escuela o trauma por alguna hospitalización) y con “modos de educar” más que con una alteración del desarrollo. El Síndrome de Asperger es una alteración que se hace más evidente sobre los 4-5 años de edad, existiendo un desarrollo aparentemente normal durante los primeros años de vida, por lo que para las familias resulta difícil asumir que su hijo pueda presentar una alteración del desarrollo que le acompañará toda su vida.

En la mayoría de los casos de Síndrome de Asperger los síntomas suelen acompañarse de un buen potencial cognitivo y con capacidades excepcionales en algunas áreas, factores que dificultan la interpretación de los síntomas de forma global: “es

un niño muy independiente, al que no le gusta jugar con otros niños, algo maniático pero es que es muy listo, ha aprendido a leer solo”. Las familias en esta etapa suelen experimentar un *sentimiento de culpa*, que en algunos casos persiste hasta que encuentran profesionales que les ayuden a interpretar las conductas de sus hijos.

b) El diagnóstico

Muchas de las familias de personas con SA describen su experiencia para recibir un diagnóstico como una auténtica “peregrinación” por centros de salud (psiquiatría, neurología, pediatría), distintos profesionales de la educación y la psicología. Cuando reciben un diagnóstico, éste refleja, en la mayoría de los casos, una parcialidad del cuadro. Los más comunes pueden ser Déficit de Atención/Hiperactividad o Trastorno de Conducta; en ocasiones se recomienda medicación produciéndose mejoras poco significativas si estos tratamientos no se complementan con terapias cognitivo-conductuales. Aunque este síndrome es cada vez más conocido en nuestro país, todavía existe “un vacío informativo” entre muchos profesionales de la educación y la salud.

c) Después del diagnóstico

Una vez que la familia tiene un diagnóstico, que generalmente no suele acompañarse de orientaciones y asesoramiento, comienza “la batalla de la información”. Recopilan información de diferentes medios y se ven en la necesidad de convertirse en autodidactas, ya que en la mayor parte de los casos existe poco apoyo profesional especializado. Esto provoca que los padres deban enfrentarse durante la infancia y la adolescencia a sistemas educativos poco flexibles y menos sensibles a las

características de sus hijos, psicólogos que abordan la problemática desde un enfoque inadecuado, escasa comprensión por parte de algunos familiares y pocos recursos de ocio adaptados. Por otra parte, a medida que los chicos van creciendo sus desafíos se relacionan con la escasa supervisión individualizada para aquellos que acceden a la universidad, la falta de unidades de hospitalización psiquiátrica para aquellos jóvenes en los que el síndrome se solapa con otros cuadros diagnósticos y las pocas ofertas de empleo con apoyos.

Además de todo esto, en nuestro país nos encontramos con una práctica legislativa que no llega a adaptarse a las peculiaridades de estas personas.

d) La convivencia familiar

Bajo el punto de vista de los padres la convivencia en general es difícil e influyen varios factores. El conjunto de dificultades que va encontrando la persona con Síndrome de Asperger a lo largo de su vida va dejando un camino de frustraciones, confusión, baja autoestima y alteraciones del estado de ánimo que impregnan la vida familiar y afectan a todos los miembros de la familia. Pueden llegar a ser muy absorbentes con respecto a los padres, quitando tiempo para la atención a los hermanos, la vida de pareja, el ocio familiar o la proyección profesional de los padres. Las dificultades en teoría de la mente hacen que a veces puedan parecer egoístas, con tendencia a imponer sus deseos sobre los del resto de la familia.

He aquí una visión desde dentro de la familia, en el testimonio aportado por un padre:

Sus dificultades de aprendizaje hacen a menudo que los padres se conviertan en sus segundos maestros y que vuelvan a estudiar la educación obligatoria por segunda vez en su vida. Y tras un duro día en el centro

educativo, tenemos a nuestro hijo cargado de estrés y con una enorme cantidad de tareas pendientes.

Los fines de semana y las vacaciones son tiempos en los que los padres tenemos que ingeniárnoslas para programar actividades de manera que la persona con Síndrome de Asperger no se aburra, ni se dedique exclusivamente a sus intereses restringidos. En ocasiones esto se convierte en una lucha contra la resistencia a cambiar de rutinas.

Es indudable que un hijo Asperger requiere una cantidad enorme de energía e imaginación por parte de la familia, también podemos decir que nos plantea retos constantes en la convivencia. Pero no es menos cierto que nos proporciona también momentos de felicidad que compensan con creces los esfuerzos que tenemos que hacer. Nuestros hijos son especiales, tienen una dificultad innata e invisible pero son maravillosos, buenos (no tienen malicia), sinceros, fieles, justos, generosos, nobles, originales, cualidades que debemos saber apreciar. Cada día al despertar, me miro al espejo y me repito: "Quiero a mi hijo y estoy orgulloso de ser su padre".

Las familias necesitamos aynda por parte de la sociedad, de los profesionales, de las administraciones, de las asociaciones y del voluntariado. Nuestros hijos pueden evolucionar muy bien o muy mal, todo depende de las oportunidades que les demos. Los padres queremos lo mejor para nuestros hijos, pero no podemos luchar solos: necesitamos de la solidaridad y el compromiso de toda la sociedad.

Estrategias generales de intervención para personas con Síndrome de Asperger

El conocimiento de las características que definen el Síndrome de Asperger, de su forma peculiar de entender su entorno y, en definitiva, de su particular funcionamiento neuropsicológico, ayuda, en última instancia, a elaborar estrategias educativas ajustadas a sus necesidades (con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de estas personas). Los enfoques actuales en el tratamiento de las personas con SA se definen por las siguientes características:

Empleo de apoyos visuales en cualquier proceso de enseñanza.

Las personas con SA destacan por ser buenos “pensadores visuales”. Procesan, comprenden y asimilan mucho mejor la información que se les presenta de manera visual. Por ello, en cualquier proceso de enseñanza (tanto académico como de habilidades de la vida diaria) es importante emplear apoyos visuales (listas, pictogramas, horarios, etc.) que les faciliten la comprensión de aquello que se les está intentando enseñar.

Asegurar un ambiente estable y predecible, evitando cambios inesperados.

Las dificultades para enfrentarse a situaciones nuevas y la falta de estrategias para adaptarse a cambios ambientales que presentan muchas personas con SA exige asegurar ciertos niveles de estructura y predictibilidad ambiental (anticipando

cambios en las rutinas diarias, respetando algunas de las rutinas propias de la persona con SA, etc.).

Favorecer la generalización de los aprendizajes.

Las dificultades de generalización que presentan estas personas plantea la necesidad de establecer programas explícitos que permitan transferir los aprendizajes realizados en contextos educativos concretos a situaciones naturales y asegurar, en la medida que se pueda, que los programas educativos se lleven a cabo en los contextos más naturales posibles.

Asegurar pautas de aprendizaje sin errores.

Las personas con SA, sobre todo en la etapa escolar, suelen mostrar bajos niveles de tolerancia a la frustración y esto, unido a las actitudes perfeccionistas, puede llevar a enfados y conductas disruptivas cuando no consiguen el resultado adecuado en una tarea. Para evitar este tipo de situaciones y favorecer la motivación hacia el aprendizaje es fundamental ofrecer todas las ayudas necesarias para garantizar el éxito en la tarea presentada, desvaneciendo poco a poco las ayudas ofrecidas.

Descomponer las tareas en pasos más pequeños.

Las limitaciones en las funciones ejecutivas, comentadas en un apartado anterior, obstaculizan el rendimiento de las personas con SA durante la ejecución de tareas largas y complicadas. Para compensar estas limitaciones y facilitarles la tarea, es importante descomponerla en pasos pequeños y secuenciados.

Ofrecer oportunidades de hacer elecciones.

Como se ha comentado, estas personas suelen mostrar serias dificultades para tomar decisiones. Por eso, desde que son pequeños se deben ofrecer oportunidades para realizar elecciones (inicialmente presentando sólo dos posibles

alternativas a elegir) para que puedan adquirir capacidades de autodeterminación y autodirección.

Ayudar a organizar su tiempo libre, evitando la inactividad o la dedicación excesiva a sus intereses especiales.

Enseñar de manera explícita habilidades y competencias que por lo general no suelen requerir una enseñanza formal y estructurada.

Con las personas con SA no podemos dar nada por supuesto. Habilidades como saber interpretar una mirada, ajustar el tono de voz para enfatizar el mensaje que queremos transmitir, respetar turnos conversacionales durante los intercambios lingüísticos, etc., van a requerir una enseñanza explícita y la elaboración de programas educativos específicos.

Priorizar objetivos relacionados con los rasgos nucleares del Síndrome de Asperger (dificultades de relación social, limitación en las competencias de comunicación y marcada inflexibilidad mental y comportamental).

Incluir los temas de interés para motivar en el aprendizaje de nuevos contenidos.

Prestar atención a los indicadores emocionales para prever y prevenir posibles alteraciones en el estado de ánimo.

Evitar en lo posible la crítica y el castigo.

Sustituírlos por el refuerzo positivo, el halago y el premio.

11 Conclusión

Aunque todavía no está demasiado divulgado, en los últimos años hemos visto cómo ha aumentado de manera significativa el número de publicaciones, estudios y monográficos centrados en el Síndrome de Asperger. El gran vacío teórico con el que se enfrentaron tanto profesionales como las propias familias hace menos de una década, está dando paso a un mayor conocimiento del síndrome y a un mejor diseño de estrategias educativas y terapéuticas específicas para estas personas. En la actualidad y principalmente en nuestro país el gran reto se encuentra en la formación de profesionales encargados de la educación y el tratamiento de las personas con SA. El creciente interés que este síndrome ha despertado en la comunidad científica internacional está permitiendo que se avance y profundice en el conocimiento sobre las características definitorias, el perfil neuropsicológico específico y las estrategias educativas más adecuadas para potenciar al máximo el desarrollo y la calidad de vida de estas personas.

Todavía nos queda un largo camino por recorrer, ya que siguen existiendo enigmas sin resolver en torno a temas como la epidemiología específica de este síndrome, los criterios de diagnóstico diferencial con otros trastornos como el autismo de alto funcionamiento, el solapamiento con alteraciones como el trastorno obsesivo-compulsivo o la identificación de los factores neurobiológicos responsables del perfil psicológico de las personas con SA. En el plano médico hay que potenciar los estudios de investigación que nos permitan conocer los genes implicados en la génesis de este trastorno del desarrollo así

como descubrir marcadores biológicos que nos ayuden en el diagnóstico del Síndrome de Asperger y en el establecimiento de los subtipos que ya se empiezan a vislumbrar. Con las nuevas técnicas médicas es posible que en unos años podamos saber cómo se genera este trastorno y qué neurotransmisores y zonas cerebrales están implicadas en la fisiopatogenia del Síndrome de Asperger, y de los trastornos del espectro autista en general.

En nuestro país se mantiene la necesidad de aumentar el número de publicaciones escritas en español y de estudios que ayuden a determinar la situación real de las personas con SA tanto a nivel educativo como laboral y jurídico. También es fundamental conocer con exactitud las necesidades de las familias en las que uno de sus miembros ha recibido el diagnóstico de Síndrome de Asperger y crear grupos de apoyo y asesoramiento que les ayuden a comprender y manejar adecuadamente los problemas derivados de la convivencia diaria.

Desde la Asociación Asperger España se está realizando, entre otras actividades, una importante labor divulgativa del Síndrome de Asperger. Ese es el objetivo del presente documento, que está dirigido tanto a padres como a profesionales de distintos ámbitos de la salud y la educación. La Asociación Asperger España quiere agradecer la colaboración del IMSERSO, que ha financiado este proyecto, y la labor que ha realizado el equipo Deletrea (Equipo Asesor Técnico de la Asociación Asperger España) destacando el esmero y cariño que han puesto en la confección de este dossier. Asimismo quiere agradecer muy especialmente al Dr. Josep Artigas Pallarés su colaboración con el capítulo que describe las bases neurobiológicas del síndrome, y a Nieves Berenguer y Cristina Sola por su trabajo desinteresado en la edición del libro.

Gracias a todos, hoy podemos contar con este documento que intenta aclarar algunas cuestiones sobre el Síndrome de Asperger y dar a conocer sus características especiales y su peculiar manera de interpretar y comprender el mundo.

APÉNDICES

1 Escala Australiana para Síndrome de Asperger

La Escala Australiana para síndrome de Asperger (A.S.A.S.) ha sido extraída del libro de Tony Attwood (1998), *Síndrome de Asperger: Una guía para padres y profesionales*, Paidós, Barcelona, 2002.

El siguiente cuestionario ha sido diseñado para identificar comportamientos y habilidades que pudieran ser indicativos del SA en niños durante sus años en la escuela primaria. Esta es la edad en la cual se hacen más llamativas las habilidades y los modelos inusuales de comportamiento. Cada pregunta o afirmación tienen una escala de clasificación, en el que el 0 representa el nivel ordinario esperado en un niño de su edad.

A. HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES

RARAVEZ / A MENUDO

1	¿Carece el niño de entendimiento sobre cómo jugar con otros niños? Por ej., ¿ignora las reglas no escritas sobre juego social?	0	1	2	3	4	5	6
2	Cuando tiene libertad para jugar con otros niños, como en el recreo, ¿evita el contacto social con los demás? Por ej., busca un lugar retirado o se va a la biblioteca.	0	1	2	3	4	5	6
3	¿Parece el niño ignorar las convenciones sociales o los códigos de conducta, y realiza acciones o comentarios inapropiados? Por ej., un comentario personal sin ser consciente de que puede ofender a los demás.	0	1	2	3	4	5	6
4	¿Carece el niño de empatía, del entendimiento intuitivo de los sentimientos de otras personas? Por ej., no darse cuenta de que una disculpa ayudará a la otra persona a sentirse mejor.	0	1	2	3	4	5	6
5	¿Parece que el niño espere que las demás personas conozcan sus pensamientos, experiencias y opiniones? Por ej., no darse cuenta de que Vd. no puede saber acerca de un tema concreto porque no estaba con el niño en ese momento.	0	1	2	3	4	5	6

6	¿Necesita el niño una cantidad excesiva de consuelo, especialmente si se le cambian las cosas o algo le sale mal?	0	1	2	3	4	5	6
7	¿Carece el niño de sutileza en sus expresiones o emociones? Por ej., muestra angustia o cariño de manera desproporcionada a la situación.	0	1	2	3	4	5	6
8	¿Carece el niño de precisión en sus expresiones o emociones? Por ej., no ser capaz de entender los niveles de expresión emocional apropiados para diferentes personas.	0	1	2	3	4	5	6
9	¿Carece el niño de interés en participar en juegos, deportes o actividades competitivas? 0 significa que el niño disfruta de ellos.	0	1	2	3	4	5	6
10	¿Es el niño indiferente a las presiones de sus compañeros? 0 significa que sigue las modas en ropa o juguetes, por ejemplo.	0	1	2	3	4	5	6

B. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

RARA VEZ / A MENUDO

11	¿Interpreta el niño de manera literal todos los comentarios? Por ej., se muestra confuso por frases del tipo “estás frito”, “las miradas matan” o “muérete”.	0	1	2	3	4	5	6
12	¿Tiene el niño un tono de voz poco usual? Por ej., que parezca tener un acento “extranjero”, o monótono, y carece de énfasis en las palabras clave.	0	1	2	3	4	5	6
13	Cuando habla con él, ¿muestra el niño desinterés en su parte de la conversación? Por ej., no pregunta ni comenta sus ideas con otros.	0	1	2	3	4	5	6
14	Cuando se conversa con él, ¿mantiene menos contacto ocular del que cabría esperar?	0	1	2	3	4	5	6
15	¿Tiene el niño un lenguaje excesivamente preciso o pedante? Por ej., habla de manera formal o como un diccionario andante.	0	1	2	3	4	5	6
16	¿Tiene el niño problemas para reparar una conversación? Por ej., cuando está confuso no pide aclaraciones, sino que cambia a un tema que le resulte familiar, o tarda un tiempo muy largo en pensar una respuesta.	0	1	2	3	4	5	6

C. HABILIDADES COGNITIVAS

RARA VEZ / A MENUDO

17	¿Lee el niño libros en busca de información, sin parecer interesarle los temas de ficción? Por ej., es un ávido lector de enciclopedias y de libros de ciencias, pero no le interesan las aventuras.	0	1	2	3	4	5	6
18	¿Posee el niño una extraordinaria memoria a largo plazo para eventos y hechos? Por ej., recordar años después la matrícula del coche de un vecino, o recordar con detalle escenas que ocurrieron mucho tiempo atrás.	0	1	2	3	4	5	6
19	¿Carece el niño de juego imaginativo social? Por ej., no incluye a otros niños en sus juegos imaginarios, o se muestra confuso por los juegos de imaginación de otros niños.	0	1	2	3	4	5	6

D. INTERESES ESPECÍFICOS

RARA VEZ / A MENUDO

20	¿Está el niño fascinado por un tema en particular y colecciona ávidamente información o estadísticas sobre ese tema? Por ej., el niño se convierte en una enciclopedia andante sobre vehículos, mapas, clasificaciones de ligas deportivas u otro tema?	0	1	2	3	4	5	6
21	¿Se muestra el niño exageradamente molesto por cambios en su rutina o expectativas? Por ej., se angustia si va a la escuela por una ruta diferente.	0	1	2	3	4	5	6

22	¿Ha desarrollado el niño complejas rutinas o rituales que deben ser completados necesariamente? Por ej., alienar todos sus juguetes antes de irse a dormir.	0	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---	---	---

E. HABILIDADES EN MOVIMIENTOS

		RARA VEZ / A MENUDO						
23	Tiene el niño una pobre coordinación motriz? Por ej., no puede atrapar un balón.	0	1	2	3	4	5	6
24	¿Tiene el niño un modo extraño de correr?	0	1	2	3	4	5	6

F. OTRAS CARACTERÍSTICAS

En esta sección, indique si el niño ha presentado alguna de las siguientes características:

- a. Miedo o angustia inusual debidos a:

Sonidos ordinarios, por ejemplo, aparatos eléctricos domésticos

Caricias suaves en la piel o en el cabello

Llevar puestos algunas prendas de ropa en particular

Ruidos no esperados

Ver ciertos objetos

Lugares atestados o ruidosos, como supermercados

-
- b. Tendencia a balancearse o a aletear cuando está excitado o angustiado
 - c. Falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor
 - d. Adquisición tardía del lenguaje
 - e. Tics o muecas faciales no inusuales

Si la respuesta a la mayoría de las preguntas de esta escala es "Sí", y la puntuación está entre 2 y 6 (es decir, visiblemente por encima del nivel normal), no se puede indicar, de manera automática, que el niño tiene Síndrome de Asperger. Sin embargo, existe dicha posibilidad, y se justifica que se le realice una valoración diagnóstica.

© M.S. Garnett y A.J. Attwood

2 Cuestionario de Screening para Espectro Autista de Alto Funcionamiento

Cuestionario de screening para espectro autista de alto funcionamiento, ASSQ (Ehlers, Gillberg y Wing, 1999)	
Nombre del niño:	
Nombre del evaluador:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de evaluación:	

Este niño se muestra diferente a otros chicos de su edad, de la siguiente forma:			
	No (0)	En cierta medida (1)	Sí (2)
1) Parece anticuado y precoz			
2) Es considerado por otros chicos como un "profesor excéntrico".			
3) Vive en cierta forma en su propio mundo, con intereses intelectuales, idiosincrásicos y restrictivos.			
4) Acumula hechos o datos relativos a ciertos temas (buena memoria mecánica) pero sin comprender realmente su significado.			
5) Posee una comprensión literal del lenguaje metafórico o ambiguo.			
6) Posee un estilo de comunicación desviado, con un lenguaje formal, detallado, anticuado o con la entonación similar a la de "un robot".			
7) Inventa palabras o expresiones idiosincrásicas.			
8) Posee una voz o un habla diferente.			
9) Expresa sonidos involuntariamente; carraspeos, especies de "ronquidos", ruidos con la boca, gritos o risas nerviosas.			

10) Es sorprendentemente capaz para algunas cosas y sorprendentemente torpe para otras.			
11) Usa el lenguaje libremente pero falla al realizar ajustes para adaptarse a contextos sociales o las necesidades de los diferentes interlocutores.			
12) Le falta empatía.			
13) Realiza comentarios ingenuos o embarazosos.			
14) Tiende a desviar la mirada.			
15) Desea ser sociable pero falla al establecer relaciones con pares.			
16) Puede estar con otros chicos pero sólo estableciendo sus propios términos.			
17) Le falta un mejor amigo.			
18) Le falta sentido común.			
19) Es pobre en los juegos: no tiene idea de cooperación en un equipo, marca sus "propios goles" (en contra).			
20) Posee torpeza motora, gestos o movimientos mal coordinados, desmañados.			
21) Realiza movimientos involuntarios de la cara o del cuerpo.			
22) Tiene dificultades para completar simples actividades diarias a causa de la repetición compulsiva de ciertas acciones o pensamientos.			
23) Tiene rutinas especiales: insiste en no cambiar.			
24) Muestra apego idiosincrásico a objetos.			
25) Otros chicos se burlan de él o lo ridiculizan.			
26) Tiene una expresión facial inusual notable.			
27) Tiene una postura inusual notable.			

Especifique otras razones que las que figuran arriba:

El cuestionario ASSQ se administra a chicos de 7 a 16 años de edad. El ASSQ presenta 27 ítems que se puntúan de 0 a 2 (0: normalidad, 1: indica algún nivel de alteración, 2: define una alteración). La puntuación total va de 0 a 54. Los ítems se refieren a la interacción social, problemas de comunicación, conductas restrictivas y repetitivas, torpeza motora y diferentes tipos de tics posibles. Los autores investigan acerca de los alcances del instrumento para su uso en contextos clínicos. Se entrevista a padres y maestros y se pide que completen los ítems. Los datos obtenidos sugieren que el ASSQ es un instrumento de screening para trastornos del espectro autista de alto funcionamiento, para administrar a padres y maestros, válido y confiable para su uso en contextos clínicos. En una primera aproximación puede afirmarse que la puntuación de 19 dada por maestros o la puntuación de 22 dada por los padres indicaría la necesidad de realizar al niño evaluaciones más específicas.

3 Glosario

Antagonista: Sustancia que bloquea o reduce la actividad de otra sustancia, tanto de una droga como de un neurotransmisor natural o de una hormona.

Atención conjunta: Actividades de comunicación social prelingüística que implican el empleo de gestos (incluyendo señalar o mirar) para compartir con los demás el interés con respecto a situaciones, objetos, etc.

Cociente Intelectual (C. I.): Medida de la capacidad intelectual obtenida tras la administración de pruebas estandarizadas que evalúan distintos aspectos de la cognición y del lenguaje.

Comorbilidad: Término usado para describir la posibilidad de que dos o más condiciones médicas puedan existir en una persona al mismo tiempo.

Comunicación declarativa: Comunicación cuya finalidad es compartir con otra persona un interés o una experiencia propia.

Dislexia: Trastorno de la capacidad de leer, que se manifiesta en la confusión, en la inversión y en la omisión de letras, sílabas o palabras.

Dopamina: Neurotransmisor que se origina en las células nerviosas.

DSM-IV: Manuales de diagnóstico y estadística en el que se clasifican y definen los trastornos mentales. Está publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Ecolalia: Copia o repetición de frases escuchadas. Pueden ser inmediatas o demoradas y funcionales o no funcionales (en función de si hay o no intención comunicativa).

Electroencefalograma (EEG): Procedimiento para medir la actividad eléctrica del cerebro.

Epilepsia: Trastorno provocado por descargas eléctricas anómalas en el cerebro y que puede producir convulsiones y pérdida de conciencia momentáneas.

Esclerosis tuberosa: Trastorno genético que produce un crecimiento del cerebro y del sistema nervioso periférico y manchas especiales en la piel.

Esteriotipia: Movimientos o acciones repetitivas que carecen de creatividad. Pueden ser voluntarios o involuntarios y generalmente responden a una necesidad de autoestimulación.

Etiología: Estudio de las causas de una enfermedad o condición médica.

Frontales, lóbulos: Partes frontales de los hemisferios cerebrales, responsables de muchas de las funciones cognitivas superiores (razonamiento complejo, planificación, memoria de trabajo, capacidad de resolución de problemas, etc.)

Inter subjetividad secundaria: Capacidad que adquieren los bebés en el último trimestre de su primer año y que implica ser capaz de relacionarse intencionadamente con las personas acerca de objetos y situaciones.

Placebo: Sustancia sin acción terapéutica que puede producir un efecto curativo en un enfermo si éste la recibe convencido de que sí la tiene.

Pragmática: Rama del estudio del lenguaje que se centra en el uso y las funciones del lenguaje en contextos sociales de interacción.

Síndrome de X-frágil: Anomalía cromosómica (el cromosoma X presenta un punto de fragilidad) que provoca dificultades de aprendizaje y discapacidad mental.

Sintaxis: Parte de la gramática que estudia la coordinación y unión de palabras para formar oraciones y expresar conceptos.

ST: Síndrome de la Tourette.

Tomografía Axial Computerizada (TAC): Procedimiento que emplea rayos X y que permite elaborar imágenes de diferentes estructuras cerebrales.

TANV: Trastorno del Aprendizaje No Verbal

TDA-H: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

TDC: Trastorno del Desarrollo de la Coordinación.

TEL: Trastorno Específico del Lenguaje

Teoría de la mente: Capacidad de atribuir a uno mismo y a los demás estados mentales como emociones, deseos, creencias o intenciones, y de predecir la conducta de esa persona en función de los estados mentales atribuidos.

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

4 Lecturas recomendadas

ARÓN, A. M. y MILICIC, N., *Vivir con otros. Programa de desarrollo de habilidades sociales*, CEPE, Madrid, 1992.

X ATTWOOD, A., *El Síndrome de Asperger*, Paidós, Barcelona, 2002.

CUMINE, V., LEACH, J. y STEVENSON, G., *Asperger Syndrome: A Practical Guide for Teacher*, David Fulton Publishers, Londres, 1988.

FRITH, U. (ed.), *Autism and Asperger Syndrome*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.

GALINDO, A., *Inteligencia emocional para jóvenes*, Pearson Educación, Madrid, 2003.

X GILLBERG, C., *A Guide to Asperger Syndrome*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002.

GRAY, C., *The new Social Story Book, (illustrated edition)*, Future Horizons, Arlington, 2000.

HALL, Kenneth, *Soy un niño con Síndrome de Asperger*, Paidós, Barcelona, 2003.

HOWLIN, P.; BARON-COHEN, S. y HADWIN, J., *Teaching Children with Autism to Mind-Read. A Practical Guide*, John Wiley & Sons, Londres, 1999.

X KLIN, A., VOLKMAR, F. y SPARROW, S. (eds), *Asperger Syndrome*. Guilford Publications, Nueva York, 2000.

MEYER, R.N., *Asperger Employment Guide: A Workbook for individuals on the autistic spectrum, their families and helping professionals*, Jessica Kingsley Publishers, Londres, 2000.

OZONOFF, S.; DAWSON, G. y McPARTLAND, J., *A Parent's Guide to Asperger Syndrome & High-functioning Autism. How to meet the challenges and help your child thrive*, The Guilford Press, Nueva York, 2002.

SAVNER, J.L. y SMITH MYLES, B., *Making Visual Supports Work in the Home and Community: Strategies for individuals with Autism and Asperger Syndrome*, Autism Asperger Publishing Co. (APC), 2000.

SCHOPLER, E., MESIBOV, G.B. y KUNCE, L.J., (eds.), *Asperger Syndrome or Higher Functioning Autism?*, Plenum, Nueva York, 1998.

SMITH MYLES, B. y SIMPSON, R.L., *Asperger Syndrome: A guide for educators and parents*, Pro-Ed, Austin, Texas, 1998.

SMITH MYLES, B. y SOUTHWICK, J., *Asperger Syndrome and Rage: Practical solutions for a difficult moment*, Autism Asperger Publishing Co., 1999.

SMITH MYLES, B., COOK, K. & MILLER, L., *Asperger Syndrome and sensory issues: Practical solutions for making sense of the world*, Autism Asperger Publishing Co., Shawnee Mission, 2000.

THOMAS, G. (et al), *El síndrome de Asperger*, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Donosita, 2002.

5 Bibliografía

BARON-COHEN, S.; JOLLIFFE, T.; MORTIMORE, C.; ROBERTSON, M., "Another advanced test of Theory of Mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger Syndrome", *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38, 1997, pp. 813-22.

EHLERS, S., GILLBERG, C., WING, L., "A screening questionnaire for Asperger Syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children", *Journal of Autism and Developmental Disorders* 29, 1998, pp. 129-41.

GILLBERG, CH., GILLBERG, C., RASTAM, M. y WENTZ, E., "Asperger Syndrome Diagnostic Interview. ASDI", *Autism*, vol 5 (1), 2001, pp. 57-66.

GOLDBERG, E., (2001), *El cerebro ejecutivo*, Editorial Crítica, Madrid, 2002.

HUMPHREY, N., (1986), *La mirada interior*, Alianza, Madrid, 1993.

KLIN, A., VOLKMAR, F.R., SPARROW, S.S., CICHETTI, D. V. y ROURKE, B.P., "Validity and neuropsychological characterization of Asperger Syndrome: Convergence with Nonverbal Learning Disorder", *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 1995, pp. 1127-1140.

LURIA, A.R., *Higher Cortical Functions in Man*, Basic Books, Nueva York, 1996.

OZONOFF, S., PENNINGTON, B., ROGERS, S., "Executive Function deficits in high-functioning autistic children: Relationship to Theory of Mind", *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 1991, pp. 1081-106.

RIVIÈRE, A. y MARTOS, J., *El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*, IMSERSO, Madrid, 1997.

SCOTT, F., BARON-COHEN, S., BOLTON, P. y BRAYNE, C., "Childhood Asperger Syndrome Test. CAST", *Autism*, vol. 6 (1), 2002, pp. 9-31.

VERMEULEN, P., *I am special: Introducing children and young people to their autism spectrum disorder*, Kingsley Publishers, Londres, 2001.

6 Direcciones de interés

- **Asociación Asperger España**

Apartado de Correos 244
28080 Madrid [España]
Tel: 639.363.000
email: infor@asperger.es url: <http://www.asperger.es>

- **Grupo de noticias Asperger-Castellano**

http://es.groups.yahoo.com/group/ASPERGER_CASTELLANO/

- **Foro Asperger-Castellano**

<http://boards1.melodysoft.com/app?ID=ASPERGERCASTELLANO>

- **DELETREA**

Equipo Asesor Técnico de la Asociación Asperger España
Pº Reina Cristina, 28. Bajo Centro – Madrid 28014
Tel: 91-551-75-24
deletrea@terra.es

- **Equipo de Alteraciones Graves del Desarrollo de la Comunidad de Madrid**

C/Cea Bermúdez, 26
Madrid 28003
Tel: 91-554-22-42

Librerías especializadas

PARADOX
C/ Santa Teresa, 2
Madrid 28004

LIBRERÍA PEDAGÓGICA
C/ Santa Engracia, 143
Madrid 28003

Material Educativo

CEPE
C/ General Pardiñas, 95
Madrid 28006

FERAM-DIDECO
Xaudaro, 36 (junto Hospital Ramón y Cajal)
Madrid, 28034

Texto de Chegada

2

Descrição histórica e critérios de diagnóstico

Em 1944, Hans Asperger, um pediatra austríaco, publicou um artigo numa revista alemã de psiquiatria e neurologia, onde descrevia um grupo de crianças com características similares e muito peculiares que nunca tinha visto antes. Atualmente, esta síndrome é conhecida como “Síndrome de Asperger” (SA) e situa-se dentro dos transtornos generalizados do desenvolvimento.

As características de que falava Asperger para definir aquele grupo de crianças foram sintetizadas por Wing (1998, pp. 12-13) e classificadas da seguinte forma:

1.- Os meninos eram socialmente estranhos, ingênuos e emocionalmente desconectados dos outros. Pareciam viver num mundo à parte.

2.- Tinham um bom nível de gramática e vocabulário extenso. O seu discurso era fluido, literal e pedante, usado em monólogos e não em intercâmbios conversacionais.

3.- Tinham uma comunicação não verbal pobre e uma entoação verbal monótona ou peculiar.

4.- Tinham interesses circunscritos a temas específicos, incluindo coleções de objetos ou factos relacionados com tais interesses.

5.- Apesar de a maioria possuir inteligência igual ou superior à média, tinham dificuldades em aprender as tarefas escolares convencionais. No entanto, eram capazes de produzir ideias originais e tinham habilidades relacionadas com os seus interesses especiais.

6.- A coordenação motora e a organização do movimento eram geralmente pobres, apesar de alguns poderem destacar-se em áreas especiais de interesse (por exemplo, tocar um instrumento musical).

7.- Estas crianças tinham falta de bom senso.

Apesar de nos manuais de classificação diagnóstica das perturbações mentais vigentes no momento atual (DSM-IV-TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* e a CID-10 – *Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde*) se apresentar o diagnóstico de SA como uma etiqueta específica e independente dentro dos Transtornos Generalizados do Desenvolvimento, na atualidade mantêm-se discussões teóricas que tentam determinar se se deve considerar ou não a SA como um transtorno diferente do Transtorno Autista.

Alguns dos critérios de diagnóstico do SA continuam a ser objeto de discussão entre os profissionais do campo da psicologia, da psiquiatria e da pedagogia. Assim, observam-se as diferentes definições que oferecem os sistemas estandardizados de diagnóstico que são utilizados na atualidade. Não existe nenhum marcador biológico que nos permita detetar os quadros de SA e, por isso, o seu diagnóstico continua a ser clínico, baseado nos comportamentos observados, no histórico de desenvolvimento e no perfil psicológico do sujeito.

Na prática, existem discrepâncias em alguns dos critérios diagnósticos que devem ser cumpridos para que se emita um diagnóstico clínico de SA. No DSM-IV-TR da Associação Americana de Psiquiatria, na sua revisão do ano 2000, os critérios de diagnóstico que se estabelecem são os seguintes:

Critérios de diagnóstico da Síndrome de Asperger
(DSM-IV-TR, 2000)

A. Alteração qualitativa do relacionamento social,
manifestada por pelo menos duas das seguintes características:

1. importante alteração do uso de múltiplos comportamentos não verbais, como o contacto visual, expressão facial, posturas corporais e gestos reguladores da interação social;
2. incapacidade para desenvolver relações apropriadas com companheiros ao nível do desenvolvimento do sujeito;
3. ausência da tendência espontânea para

- compartilhar gostos, interesses e objetivos com outras pessoas (por exemplo, não mostrar, trazer ou falar sobre outros objetos do seu interesse);
4. ausência de reciprocidade social e emocional.

B. Padrões de comportamento, interesses e atividade restritivos, repetitivos e estereotipados, *manifestada por pelo menos uma das seguintes características:*

7. preocupação absorvente com um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritivos que são anormais, quer seja pela sua intensidade ou pelo seu objetivo;
8. adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos não funcionais;
9. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou girar mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);
10. preocupação persistente com partes de objetos.

C. O transtorno causa uma deterioração claramente significativa da atividade social, laboral e de outras áreas importantes da atividade do indivíduo.

D. Não há atraso geral da linguagem clinicamente significativo *(por exemplo, usa aos dois anos palavras simples e aos três anos frases comunicativas)*.

E. Não há atraso clinicamente significativo do desenvolvimento cognitivo nem do desenvolvimento de habilidades de autoajuda próprias da idade, comportamento adaptativo (distinto da interação social) e curiosidade acerca do ambiente durante a infância.

F. Não cumpre os critérios de outro transtorno generalizado do desenvolvimento nem de esquizofrenia.

Em 1991, Gillberg e Gillberg apresentam os seus próprios critérios para o diagnóstico da SA, onde veem como critério relevante para o diagnóstico o torpor motor:

CrITÉRIOS de diagnóstico da Síndrome de Asperger
(Gillberg e Gillberg, 1991)

1. **DéfiCe na interação social**, *pelo menos dois dos seguintes*:
 - a. incapacidade de interagir com semelhantes;
 - b. falta de desejo e interesse em interagir com semelhantes;
 - c. falta de apreciação das chaves sociais;
 - d. comportamento social e emocional inapropriados à situação.
2. **Interesses restritos e absorventes**, *pelo menos um dos seguintes*:
 - a. exclusão de outras atividades;
 - b. adesão repetitiva;
 - c. mais mecânicos do que significativos.
3. **Imposição de rotinas e interesses**, *pelo menos um dos seguintes*:
 - a. sobre si próprio em aspetos da vida;
 - b. sobre os demais.
4. **Problemas da fala e da linguagem**, *pelo menos três dos seguintes*:
 - a. atraso inicial no desenvolvimento da linguagem;
 - b. linguagem expressiva superficialmente perfeita;
 - c. características peculiares no ritmo, entoação e prosódia;
 - d. dificuldades de compreensão que incluem interpretação literal de expressões ambíguas ou idiomáticas.
5. **Dificuldades na comunicação não verbal**, *pelo menos um dos seguintes*:
 - a. uso limitado de gestos;
 - b. linguagem corporal torpe;
 - c. expressão facial limitada;
 - d. expressão inapropriada;
 - e. olhar peculiar, rígido.
6. **Torpor motor**
Atraso precoce na área motriz ou alterações em provas de neuro-desenvolvimento.

Como se pode verificar, há três importantes critérios de diagnóstico que marcam diferenças entre ambas as classificações (DSM-IV-TR e os oferecidos por Gillberg e cols.):

1. a Associação Americana de Psiquiatria entende que “*Não há atraso geral da linguagem clinicamente significativo*” e, pelo contrário, Gillberg fala, no ponto 4, de “*problemas da fala e da linguagem*” (especificando “*atraso inicial no desenvolvimento*”);

2. para a Associação Americana de Psiquiatria, “*Não há atraso clinicamente significativo do desenvolvimento cognitivo*”, mas, por outro lado, Gillberg não menciona qualquer critério de diagnóstico que faça referência ao Quociente de Inteligência (QI);

3. Gillberg fala do *torpor motor* como critério de diagnóstico, enquanto a Associação Americana de Psiquiatria não o contempla como um ponto definatório.

Estes são alguns exemplos das escalas utilizadas internacionalmente para o diagnóstico da SA que põem em evidência o longo caminho que falta percorrer até definir a síndrome e responder a perguntas como: *A Síndrome de Asperger é um transtorno específico diferente do autismo? Poder-se-ia definir a Síndrome de Asperger como o resultado de uma boa evolução de um Síndrome de Kanner (autismo)? É possível definir diferentes subgrupos na população com Síndrome de Asperger?*

Para Ángel Rivière (Rivière, 1996; Rivière & Valdez, 2000), a definição que a Associação Americana de Psiquiatria oferece sobre este transtorno é insuficiente. Especialmente no que diz respeito ao “*não aparecimento de atraso geral da linguagem*”. Em geral, os especialistas estão de acordo sobre o facto de que, nos casos de SA, costuma haver atraso na aquisição da linguagem ou, pelo menos, uma forma peculiar de adquiri-la que não se ajusta ao desenvolvimento normal (mas que evolui muito rapidamente para um padrão “não alterado” nos aspetos formais). A sensibilidade de Ángel Rivière na sua definição dos critérios permitiu-nos compreender as características qualitativas que descrevem as pessoas que apresentam esta síndrome.

***Crêterios de diagnóstico das pessoas
com Síndrome de Asperger
(A. Riv re, 1996)***

1. Transtorno qualitativo das relações: Incapacidade de relacionar-se com semelhantes. Falta de sensibilidade aos sinais sociais. Alterações das pautas de relação expressiva não verbal. Falta de reciprocidade emocional. Limitação importante na capacidade de adaptar os comportamentos sociais aos contextos de relação. Dificuldades em compreender intenções alheias e, especialmente, segundas intenções.

2. Inflexibilidade mental e comportamental: Interesse absorvente e excessivo por determinados conteúdos. Rituais. Atitudes perfeccionistas extremas que d o lugar a grande lentidão na execução de tarefas. Preocupação com partes de objetos, ações, situações ou tarefas, com dificuldade em detetar o todo de forma coerente.

3. Problemas de fala e de linguagem: Atraso na aquisição da linguagem, com anomalias na forma de adquiri-la. Uso de linguagem pedante, excessivamente formal, inexpressiva, com alterações prosódicas e características estranhas do tom, ritmo e modulação. Dificuldades em interpretar enunciados literais ou com duplo sentido. Problemas em saber sobre o que conversar com outras pessoas. Dificuldade em produzir emissões com relevância para as situações e os estados mentais dos interlocutores.

4. Alteração da expressão emocional e motora: Limitações e anomalias na linguagem gestual. Falta de correspondência entre os gestos expressivos e os seus referentes. Expressão corporal desajeitada. Torpor motor em exames neuropsicológicos.

5. Capacidade normal de “inteligência impessoal”: Capacidades especiais frequentes em áreas restritas.

O anteriormente exposto exprime a necessidade de se continuar a realizar pesquisas que ajudem a definir limites mais precisos que nos permitam diferenciar a SA do Autismo de Alto Funcionamento. Para os profissionais que trabalham com pessoas do Espetro Autista e com pessoas com SA, uma das chaves pode encontrar-se no

desenvolvimento de investigações centradas nas características concretas da linguagem das pessoas com esta síndrome, pois apesar de não haver nenhuma alteração nos aspetos formais da linguagem (estrutura morfosintática e léxico adequados), é comum a presença de erros nos aspetos relacionados com a pragmática, isto é, com o uso da linguagem em situações de interação social. Outro aspeto importante que Ángel Rivière assinala é a *consciência da diferença* que as pessoas com SA apresentam. Até à data, se nos basearmos no núcleo de afetação que caracteriza esta síndrome, observamos que este é comum ao núcleo de afetação dos quadros do Espetro Autista. Existem, não obstante, outros critérios (como o atraso ou não na aquisição da linguagem, a presença ou não de uma inteligência conservada, ou a existência de torpor motor), que, apesar de não haver consenso entre os profissionais, podem dar-nos pistas acerca do diagnóstico diferencial. Faltam investigações que ajudem a confirmar estes critérios e que especifiquem com maior exatidão as características concretas nas áreas de relacionamento social, comunicação e linguagem, e flexibilidade mental e comportamental.

Se o facto de conhecer bem a etiqueta diagnóstica costuma oferecer uma maior tranquilidade às famílias e às pessoas que padecem do transtorno (aumentando a compreensão das famílias e de quem as rodeia socialmente e ajudando a prever com maior exatidão o prognóstico), não basta uma etiqueta diagnóstica para melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Neste sentido, na realização de um diagnóstico, o mais relevante é:

- a) descrever as características de cada pessoa em todas as áreas do desenvolvimento;
- b) detetar as necessidades e priorizar objetivos;
- c) oferecer estratégias de intervenção que ajudem a melhorar a qualidade de vida destas pessoas e;
- d) garantir um acompanhamento contínuo que ajude a ajustar os programas de intervenção.

3

Funcionamento neuropsicológico na Síndrome de Asperger

A forma peculiar de pensar e de compreender o mundo que as pessoas com SA demonstram tem sido objeto de muitos debates e discussões. Atualmente, essa forma de processar a informação explica-se a partir de vários modelos teóricos sobre o funcionamento psicológico característico das pessoas com esta síndrome. Cada um destes modelos explica algumas das características observadas nestes indivíduos; no entanto, até ao momento, nenhuma destas teorias conseguiu explicar na totalidade o funcionamento psicológico responsável por todos os pontos que definem desta síndrome. Neste capítulo, vamos analisar as características típicas do funcionamento neuropsicológico das pessoas com SA e as suas implicações na vida quotidiana.

a) Teoria sobre o défice na “Teoria da Mente”

A expressão “Teoria da Mente” foi adotada para fazer referência à capacidade humana de formar uma representação interna dos estados mentais das outras pessoas. Ou seja, dizemos que possuímos uma teoria da mente quando somos capazes de intuir os estados mentais (crenças, desejos, intenções, etc.) dos demais. Na nossa vida diária, não nos comportamos como meros observadores dos comportamentos externos das outras pessoas, mas, de maneira quase mecânica, atribuímos e inferimos a presença oculta ou não explícita de planos, intenções, crenças ou desejos que nos permitem explicar e compreender esses comportamentos observados. Para entender os comportamentos das outras pessoas, e os nossos próprios comportamentos, temos que ir mais além da mera observação externa, temos que “colocar-nos no lugar do outro” para podermos compreender as razões que o levaram a atuar de determinada maneira, compreender os desejos que motivaram o seu comportamento, as crenças que guiaram as suas ações ou os planos que dirigem o seu

comportamento. Sem essas capacidades de nos pormos “no lugar do outro”, os comportamentos alheios seriam imprevisíveis, carentes de sentido e, em geral, impossíveis de compreender. A presença de uma inteligência intacta (como o demonstra a maioria das pessoas com SA) não é suficiente para se desenvolverem com êxito no mundo social cotidiano. Assim, como assinala Humphrey (1986), *“a inteligência que se requer para sobreviver socialmente é de um nível muito diferente da que se necessita para fazer frente ao mundo material”*. Para podermos relacionar-nos adequadamente, precisamos de “ler” o mundo mental dos demais, precisamos de “ler” as suas intenções, desejos, crenças e pensamentos, para podermos compreender os seus comportamentos e antecipar as suas reações, entre outras coisas.

Na teoria do déficit em Teoria da Mente (para uma revisão mais detalhada, ver Baron-Cohen *et al.*, 1997), sublinha-se que as pessoas com SA demonstram sérias dificuldades para “porem-se no lugar dos outros” e intuírem o mundo mental destes. A partir desta teoria, tenta-se explicar as dificuldades que as pessoas com SA demonstram, principalmente no âmbito das interações sociais. Como foi dito no capítulo anterior, essas pessoas demonstram claras dificuldades em manter interações sociais fluidas, dinâmicas e recíprocas. Costumam ter motivação para as interações sociais, mas, como assinala Rivière, *“fracassam frequentemente na tentativa de conseguirem um relacionamento fluido”*. As pessoas com SA, a partir deste ponto de vista, seriam incapazes ou especialmente “torpes” para intuírem o mundo mental dos demais, pelo que as consequências desta incapacidade ou dificuldade são muito graves, sobretudo se tivermos em conta que nós, os seres humanos, somos seres sociais, que nos movemos e desenvolvemos num mundo social e que precisamos de interagir com os demais para atingirmos a maioria dos nossos objetivos. Concretamente, algumas das consequências desta limitação para compreender o mundo mental dos demais seriam as seguintes:

1. dificuldade em prever o comportamento dos outros;
2. dificuldade em aperceber-se das intenções dos outros e de conhecer as verdadeiras razões que guiam os seus comportamentos;
3. dificuldade na hora de explicar as suas próprias condutas;

4. dificuldade em entender emoções, tanto as próprias como as dos demais, o que os leva a mostrar escassas reações empáticas;
5. dificuldade em compreender como as suas condutas ou comentários afetarão as outras pessoas e influirão no que os outros pensam deles;
6. ao oferecerem qualquer tipo de informação, mostram dificuldades em ter em conta o nível de conhecimento do interlocutor sobre o tema em questão (o que pode levar a que o interlocutor não compreenda bem do que se está a falar);
7. dificuldade em ter em conta o grau de interesse do interlocutor sobre o tema de conversa;
8. dificuldade em antecipar o que os outros podem pensar sobre o seu comportamento;
9. dificuldade em mentir e em compreender mentiras;
10. dificuldade em compreender as interações sociais, o que pode levar a problemas na hora de respeitar turnos, seguir o tema da conversa e manter um contacto ocular adequado.

Contrariamente ao observado no Autismo clássico, as pessoas com SA costumam resolver com êxito as tarefas definidas para valorizar as capacidades mentalistas; contudo, é nas situações naturais, nas interações sociais reais, aonde se manifestam claramente as suas dificuldades em “ler” a mente dos demais.

As dificuldades em interagir com os outros não se evidenciam unicamente na hora de encontrarem e manterem amizades, também deixam uma sequele na maioria das atividades quotidianas e fundamentais para se conseguir um desenvolvimento pessoal ótimo e uma boa qualidade de vida.

b) Teoria do défice da “Função Executiva”

A função executiva foi definida como a capacidade de manter ativo um conjunto apropriado de estratégias de resolução de problemas com o fim de alcançar uma meta futura. Está ligada à intencionalidade, ao propósito e à tomada de decisões complexas. Os comportamentos de

função executiva incluem a planificação, o controlo de impulsos, a inibição de respostas inadequadas, a busca organizada e a flexibilidade de pensamento e de ação. Todos estes comportamentos são determinados pelos lobos frontais. Os lobos frontais também são cruciais para qualquer processo de aprendizagem bem-sucedida, para a motivação e a atenção (para uma revisão da função dos lobos frontais, ver Goldberg, 2001). A importância do bom funcionamento dos lobos frontais para o desempenho de uma vida social, pessoal e profissional satisfatória está refletida na definição que Luria (1966) fazia da dita estrutura cerebral, que descrevia os lobos frontais como “o órgão da civilização”.

Segundo esta teoria (para uma revisão mais detalhada, v. Ozonoff *et al.*, 1991), considera-se que as pessoas com SA têm um défice nas chamadas funções executivas, já que os seus comportamentos e os seus processos de pensamento são geralmente rígidos, inflexíveis, repetitivos e perseverantes. Costumam ser pessoas impulsivas, que mostram problemas para inibir uma resposta desadequada, podem ter armazenada uma grande quantidade de informação e, porém, não saber utilizá-la de maneira significativa, apresentam dificuldades na hora de tomar decisões importantes e costumam ter sérios problemas para organizar e dar sequência aos passos necessários para solucionar um problema (factos que se verificam em pacientes com lesões nos lobos frontais).

Algumas das implicações práticas do défice da função executiva, que se observam no comportamento diário das pessoas com SA, são as seguintes:

1. dificuldades na organização. As pessoas com SA mostram dificuldades no momento de organizar e dar sequência aos passos que lhes permitem solucionar um problema;
2. dificuldades em fazer planos e, logo, em seguir planos que guiem o comportamento;
3. dificuldade em começar e finalizar uma atividade;
4. sérias limitações na hora de tomar decisões. Nas pessoas com SA, costuma ser muito frequente a dúvida e a delegação da tomada de decisão aos demais;
5. carência de flexibilidade para adotar diferentes perspetivas sobre a mesma situação em diferentes

- momentos (rigidez mental);
- 6. fraca resistência à distração e à interferência;
- 7. fraca capacidade de organizar e manipular o tempo.

c) Teoria da “Disfunção do hemisfério direito”

O hemisfério direito desempenha um papel fundamental no processamento da informação visuoespacial e está muito relacionado com a expressão e interpretação da informação emocional (reconhecimento e compreensão dos gestos e expressões faciais) e com aspetos relacionados com a regulação da entoação e a prosódia. Uma lesão no hemisfério direito causaria défice nestas áreas.

A partir deste ponto de vista (v. Klin *et. al.*, 1995, para uma revisão mais detalhada), defende-se que alguns dos pontos nucleares da SA estão associados a uma disfunção no hemisfério direito. Assim, a presença de um QI verbal superior ao QI de realização ou as dificuldades visuoespaciais presentes na maioria dos indivíduos com SA parecem apoiar esta hipótese.

Uma disfunção do hemisfério direito tem consequências muito importantes na vida social de um indivíduo: os problemas para interpretar gestos e intenções ou para adaptar o tom de voz à mensagem que se quer transmitir, o torpor no controlo da postura ou as dificuldades em integrar a informação num todo coerente e significativo barram de maneira significativa a fluidez, a reciprocidade e o dinamismo que caracterizam as interações entre os seres humanos. Seguidamente, enumeramos algumas das consequências derivadas dessa disfunção no hemisfério direito:

1. dificuldade em captar o significado da informação emocional expressa através de canais não verbais (entoação, volume de fala, gestos e intenções faciais e corporais);
2. presença de respostas emocionais exageradas ou pouco coerentes com o contexto;
3. dificuldade em adaptar-se a situações novas;
4. capacidades limitadas de organização visuoespacial;

5. baixo rendimento em tarefas que requeiram integração da informação visuomotora;
6. limitação marcada nas capacidades de relacionamento social.

Funcionamento cognitivo na Síndrome de Asperger

A presença de uma inteligência média (com algum desvio típico para cima ou para baixo) que caracteriza a maioria das pessoas com SA pode levar à subvalorização das dificuldades e limitações com as quais estas pessoas se deparam no seu dia-a-dia.

Possuir um Quociente de Inteligência normal ou superior não garante o desenvolvimento de uma vida autónoma e satisfatória. Cada vez mais se dá ênfase ao conceito de inteligência emocional ou social, para designar a «inteligência» que não é avaliada nas provas standardizadas e que é fundamental para a consecução do êxito pessoal, académico e profissional. Este tipo de inteligência engloba capacidades tão importantes como a empatia, o juízo moral, o senso comum, a capacidade de persuadir ou negociar, etc. Para explicá-la com um exemplo, não é muito útil sermos capazes de armazenar grande quantidade de informação ou demonstrar uma excelente memória para as datas no momento de percebermos se um companheiro nos está a enganar.

É muito frequente que os alunos com SA apresentem insucesso escolar (sobretudo a partir do ensino secundário), um insucesso difícil de entender se nos limitarmos a avaliar o QI. As atitudes perfeccionistas de muitas crianças com SA, que levam a uma lenta execução das tarefas, as dificuldades emocionais, a desmotivação, a dificuldade em compreender conceitos abstratos, as limitações no momento de organizar as tarefas e a má estimativa e planificação do tempo são apenas alguns dos fatores que limitam fortemente o êxito académico delas. Por outro lado, no mundo laboral, as características inerentes à síndrome também criam obstáculos ao seu êxito profissional. A escassa compreensão das normas implícitas que regem o funcionamento de uma empresa, a escassez de capacidades empáticas, a má administração e organização do tempo, a presença de comportamentos considerados

extravagantes pelos demais dificultam a vida profissional destas pessoas. O QI, considerado de maneira isolada, é uma má forma de prever o êxito acadêmico e profissional.

Para além disso, é importante sublinhar que o rendimento das pessoas com SA nos testes estandardizados designados para avaliar o potencial cognitivo não mostra um perfil homogêneo nas diferentes tarefas. Em geral, estas pessoas têm um QI verbal superior ao QI de realização (aparecendo diferenças significativas entre ambas as subescalas). Nas Escalas de Inteligência de Wechsler, por exemplo, as melhores pontuações são obtidas nas provas de “informação” (que requer o armazenamento de informação geral), “vocabulário” (é sabido que estas pessoas têm um amplo vocabulário), “semelhanças” e na prova de “cubos” (cuja execução requer centrar-se nos detalhes em vez da imagem do todo). Contudo, costumam mostrar pontuações mais baixas na tarefa de “quebra-cabeças” (que exige formar uma imagem global da figura), na de “compreensão” (já que muitos dos itens que compõem esta prova exigem que se realizem juízos morais e que se resolvam situações hipotéticas com um conteúdo social), e na de “chaves” (devido às dificuldades de atenção e ao extremo perfeccionismo que retarda a execução da prova).

Aspetos Neurobiológicos da Síndrome de Asperger

Dr. Josep Artigas. *Neuropediatra e psicólogo*

Centro Psyncron. Sabadell. 7280jap@comb.es
Hospital de Sabadell. Sabadell. jartigas@cspt.es

a) O que é a Síndrome de Asperger?

A Síndrome de Asperger (SA) é uma perturbação do desenvolvimento, de base neurobiológica, que afeta o funcionamento social e o conjunto de atividades e interesses. Esta síndrome está ligada a uma disfunção de diversos circuitos cerebrais. Tendo em consideração que o défice principal da SA é o transtorno da cognição social, parece razoável atribuir um papel central à amígdala e à relação entre esta, os circuitos frontoestriados, os circuitos temporais e o cerebelo, estruturas relacionadas com o desenvolvimento do relacionamento social.

Visto que a SA é uma perturbação do Neurodesenvolvimento, partilha características próprias dos problemas do desenvolvimento do sistema nervoso em geral.

As características comuns dos ditos transtornos são:

1. os mesmos sintomas podem aparecer em qualquer indivíduo normal. É fácil perceber que os sintomas considerados típicos da SA, tais como os problemas na interação social ou a falta de flexibilidade mental, são muito comuns na população em geral; consideram-se mais traços de personalidade ou uma maneira de ser do que uma manifestação patológica. Os sintomas principais da SA não diferem qualitativamente de aspetos próprios de qualquer indivíduo, sendo que a

diferença está na expressão exagerada de alguma destas características, ao ponto de até interferirem com a vida social;

2. os limites entre o transtorno e a normalidade são muito imprecisos. De acordo com a afirmação anterior, a categoria de transtorno é atribuída com base em critérios arbitrários, que não correspondem a nenhuma outra justificação senão a de selecionar grupos de indivíduos que podem requerer algum tipo de apoio ou tratamento que lhes torne mais fácil a sua vida em sociedade e que reduza o grau de insatisfação que a solidão ou falta de adaptação lhes podem provocar. Em todo o caso, se não se entender a SA como uma dimensão de distribuição contínua, não seriam compreensíveis os novos modelos genéticos baseados na transmissão de critérios quantitativos;

3. não existem marcadores biológicos. Se bem que os estudos neurofisiológicos, e sobretudo de neuroimagem, estão a trazer uma informação muito valiosa no que diz respeito aos mecanismos neurobiológicos que determinam as manifestações da SA, não há nenhum exame biológico que permita diagnosticar ou descartar a SA. Esta característica incide na arbitrariedade do diagnóstico, baseado sempre em critérios que permitem um certo grau de subjetividade na sua interpretação;

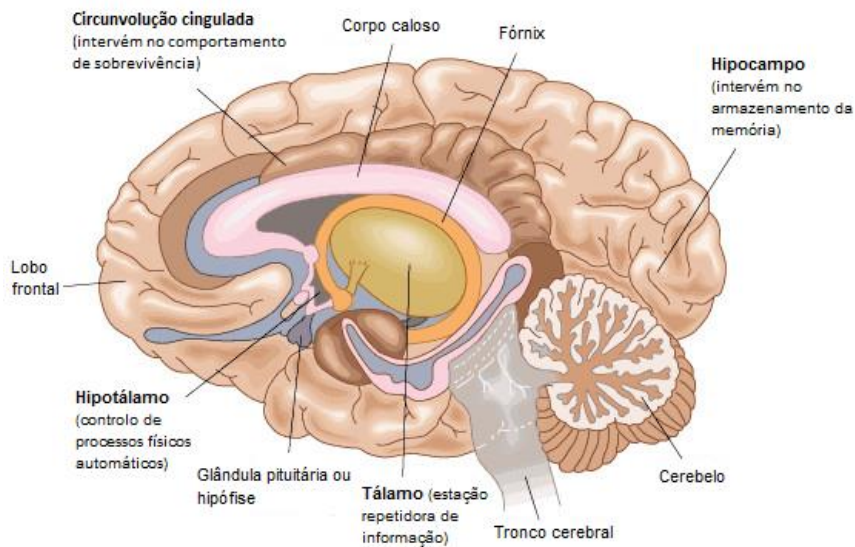
4. alta taxa de comorbilidade. Devido à implicação de circuitos cortico-subcorticais e neurotransmissores relacionados com diversos transtornos do desenvolvimento, não admira que a SA seja associada a outros transtornos do Neurodesenvolvimento, nos quais estão implicadas as mesmas estruturas neurológicas e os mesmos neurotransmissores;

5. não existem limites definidos entre uns transtornos e os outros. Ocorre com frequência que, segundo o profissional que atenda um paciente com SA, possam ser dados diagnósticos diferentes do de SA. Ainda que nem sempre, em alguns casos, esta ambiguidade diagnóstica pode ser plenamente justificada, pois um mesmo paciente pode partilhar critérios diagnósticos de dois ou mais transtornos do Neurodesenvolvimento; de tal modo que se torna quase impossível estabelecer com rigor o diagnóstico

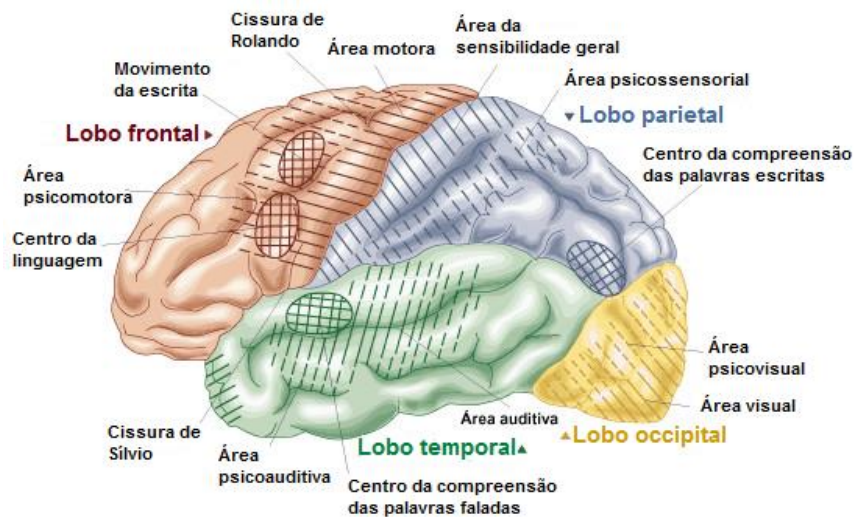
de SA ou de outro transtorno, como a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) ou a Síndrome de Tourette (ST).

Para entender tanto a SA como os seus processos comórbidos, é necessário abordar os mecanismos cognitivos subjacentes ao nível mais simples. É preciso aproximarmo-nos do conhecimento do funcionamento do cérebro da criança com SA, para ver como certas disfunções se aproximam ou coincidem com disfunções próprias de outros transtornos. As abordagens cognitivas modernas da SA, de forma praticamente unânime, fazem referência às funções executivas derivadas da atividade do córtex pré-frontal e das estruturas ligadas ao mesmo (amígdala, cerebelo, lobo frontal).

Corte transversal do encéfalo



Centros nervosos do cérebro



b) Comorbilidade da Síndrome de Asperger

Na maioria dos casos de SA, os sintomas mais importantes situam-se no plano cognitivo e comportamental, com características bastante específicas. No entanto, numa parte considerável de crianças com SA, existe comorbilidade com outros transtornos. As manifestações comórbidas que podem associar-se à SA são resumidas a seguir:

Comorbilidade na Síndrome de Asperger

Torpor motor/Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora
Síndrome de Tourette/Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção/DAMP (Deficits in Attention, Motor Control and Perception)
Perturbação Específica da Linguagem/Dislexia /Hiperlexia
Perturbação Semântico-Pragmática
Transtorno da Aprendizagem Não Verbal
Depressão/Ansiedade

A Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora (PDCM) define-se como uma marcada alteração no desenvolvimento da coordenação motora que interfere significativamente com a aprendizagem escolar ou as atividades do dia-a-dia e não se deve a uma doença médica geral.

Apesar de a PDCM poder existir de forma isolada, está frequentemente associada à SA. Com efeito, a PDCM é um critério diagnóstico para a SA, de acordo com alguns autores. Neste sentido, em 1991, Gillberg e Gillberg apresentaram os seus próprios critérios para o diagnóstico da SA, nos quais se considera o torpor motor como um critério relevante para o diagnóstico.

A Síndrome de Tourette (ST) é definida pela presença de múltiplos tiques motores e vocais com uma evolução crónica, que o DSM-IV estabelece em um ano. Os tiques motores podem ser simples ou complexos. Os tiques simples envolvem unicamente um grupo muscular e têm um início e um fim súbitos. Os tiques complexos são

prolongados, afetam diversos músculos e parecem mais propositivos. Ainda que no princípio se tenha pensado que era um transtorno muito raro, atualmente, se se incluírem formas leves, pode-se considerar a sua prevalência muito alta, situada por volta de 3% da população escolar em Espanha.

Na ST, existe uma forte comorbilidade com a PHDA e com o ***Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)***. A comorbilidade com SA e Perturbações do Espectro Autista (PEA) é, em geral, menos comum. No entanto, existem casos em que estão presentes de forma evidente ST e SA, e também situações limite, nas quais é muito difícil, se não mesmo impossível, chegar-se a um ou ao outro diagnóstico. A ST partilha alguns sintomas com a SA, tais como ecolalia e palilalia, comportamentos obsessivo-compulsivos, comportamentos motores anormais e estereotípias.

Em estudos em séries amplas, foi sugerida uma prevalência mínima de 8,1% de ST nas PEA.

Num trabalho mais recente, afirma-se que pelo menos dois terços das crianças com ST apresentam comorbilidade com problemas de empatia/autismo, incluindo a SA.

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atividade (PHDA) é o termo que o DSM-IV utiliza para referir-se ao transtorno que inclui um défice da atenção num grau suficiente para gerar dificuldades na aprendizagem. Pode estar associado, ou não, à hiperatividade. Definem-se três tipos de PHDA: (1) com predomínio de falta de atenção, (2) com predomínio de hiperatividade-impulsividade, e (3) o tipo combinado.

DAMP (*Deficits in Attention, Motor Control and Perception*), literalmente “Défice na atenção, controlo motor e perceção”, corresponde à sigla de um transtorno muito próximo da PHDA. A dita denominação é bastante corrente nos países nórdicos. Inclui: (1) défice de atenção, (2) problemas relacionados com o controlo motor e (3) problemas percetivos. É evidente que existe uma sobreposição entre PHDA e DAMP, ainda que tanto um como o outro coloquem maior ênfase em determinados aspetos. Visto que o DAMP tem em consideração os problemas de controlo motor, poderia considerar-se mais

próximo conceitualmente da SA. Tanto num caso como no outro, podem estar presentes determinados sintomas descritos também dentro do espectro autista, especificados a seguir:

Sintomas Autísticos em PHDA/DAMP

Estereotipias Motoras

Preocupação com certos temas, objetos ou partes de objetos

Peculiaridades da linguagem

Anomalias na pronúncia

Comunicação não verbal pobre

Perturbação Semântico-Pragmática

Problemas de interação social

Ingenuidade

As estereotipias motoras, muito frequentes no autismo, não são de modo algum exclusivas do dito transtorno. Podem estar incluídas num contexto comportamental, associadas à hiperatividade motora própria da PHDA e DAMP. Estas manifestações podem estar relacionadas com alterações das vias mesolímbicas que contêm dopamina. As estereotipias de crianças hiperativas que mais se aproximam das próprias das PEA são: abanar as mãos, beliscar com os dedos, balancear a cabeça e repetir sons monotonamente.

As crianças com PHDA/DAMP podem mostrar padrões de comportamento obsessivos, relacionados com pouca flexibilidade mental e fraca tolerância às mudanças, comportamentos que também neste caso estão ligados tanto às PEA como à ST.

Os problemas da linguagem, muito frequentes na PHDA/DAMP, e por vezes primeiro motivo de consulta por parte dos pais, fazem com que se possam verificar algumas características próprias das PEA: ecolalias, capacidade expressiva pobre, compreensão verbal deficiente. Os problemas semânticos, aliados a uma fraca capacidade para entender o contexto social, podem aproximar-se de uma Perturbação Semântico-Pragmática da linguagem.

Também não é raro que a linguagem seja afetada a nível prosódico ou na modulação do volume expressivo. Outras vezes, a criança com PHDA, na sua forma desatenta, é sumamente calada em vez de ser extremamente

faladora, aproximando-se do mutismo seletivo, por sua vez também relacionado com a SA. A comunicação derivada da gesticulação não verbal pode também ser muito limitada ou inapropriada na PHDA/DAMP.

Um problema em algumas crianças com PHDA/DAMP é a sua falta de habilidade para a interação social. Isso pode ser motivado tanto por uma certa ingenuidade, como por uma carência de empatia. Num estudo de Clark e Feehan, em 1999, encontrou-se em crianças com o diagnóstico de PHDA uma elevada proporção (entre 65 e 80%) com dificuldades significativas na interação social e na comunicação. Os aspetos em que isto se torna mais evidente são a empatia e a relação com os colegas; os problemas devem-se a dificuldades na comunicação não verbal e na manutenção de uma conversação.

Todas estas considerações levaram à proposta de que, possivelmente, exista um contínuo entre o autismo com atraso mental severo, o autismo clássico de Kanner e a PHDA/DAMP (Gillberg e Gillberg, 1989, e Wing, 1991). Neste contínuo, a SA situar-se-ia entre a PHDA/DAMP e as formas leves de autismo de Kanner.

Na prática, os casos fronteiriços entre PHDA e SA podem causar sérias dificuldades na hora de se orientar a intervenção e, sobretudo, de matizar a informação que a família e os educadores vão receber. Parece sensato que, quando não se cumpram os critérios completos do transtorno mais severo, neste caso a SA, seja preferível ficar com o diagnóstico de PHDA/DAMP, mas mantendo em evidência os sintomas de autismo e tendo muito presente na intervenção psicopedagógica todos os aspetos sociais. Em outras ocasiões, não deve haver nenhum reparo em propor ambos os diagnósticos, o que permitirá racionalizar o tratamento. Por exemplo, recomendar-se-ia metilfenidato a uma criança com o diagnóstico de PEA se esta apresentasse sintomas típicos de PHDA/DAMP.

O nexó neurocognitivo entre SA e PHDA/DAMP reside talvez no transtorno da Função Executiva (FE), que foi descrito em ambas as perturbações. Em seguida, são resumidos alguns sintomas verificados em pacientes com lesões frontais, que se observam de forma muito denunciada tanto em pacientes autistas como na PHDA/DAMP:

Sintomas relacionados com lesões frontais

Ausência de empatia. Afetividade pobre

Conduta estereotipada

Teimosias

Rotinas

Interesses restritos

Reações catastróficas perante mudanças do ambiente em redor

Comportamentos compulsivos

Reações emocionais inapropriadas e repetitivas

Falta de originalidade e criatividade

Dificuldades em focalizar a atenção

Pouca habilidade para organizar atividades futuras

Estes sintomas estão relacionados com uma alteração da FE. A FE agrupa uma série de funções relacionadas com a atividade das áreas pré-motoras do lobo frontal. Visto que o lobo frontal tem conexões com o todo o córtex, a FE não pode ser considerada circunscrita unicamente ao lobo frontal, se bem que a sua disfunção represente o paradigma da lesão frontal. As funções executivas centrais são: planificação, flexibilidade, memória de trabalho, monitorização e inibição. No entanto, a partir de uma análise mais profunda, propôs-se que os mecanismos cognitivos que poderiam explicar por si mesmos os diferentes défices relativos à FE fossem a memória de trabalho e a inibição.

A Perturbação Específica da Linguagem (PEL) faz parte dos critérios diagnósticos do autismo. Em contrapartida, relativamente à SA, o DSM-IV não só não menciona a necessidade de existir um problema de linguagem, como também inclui como critério necessário para o diagnóstico de SA a não existência de um atraso significativo na linguagem; entende-se por atraso significativo a falta de uso de palavras simples, passados os dois anos, ou de frases comunicativas após os três anos.

No entanto, não se deve deduzir da definição do DSM-IV que não existe relação entre a linguagem e a SA. Na realidade, está praticamente sempre presente alguma alteração da linguagem na SA. O que acontece é que os aspetos formais da linguagem não estão alterados, embora os aspetos pragmáticos, ou seja, o uso da linguagem em

relação com o contexto, o estejam.

Chegando a este ponto, devemos debruçar-nos sobre a relação entre o défice pragmático da linguagem e as PEL. Entende-se por défice pragmático da linguagem as alterações referentes ao lado socialmente contextualizado da linguagem, para além dos seus aspetos puramente formais.

O ponto crítico da questão aparece a partir do momento em que incluímos o conceito da linguagem: não só o que o indivíduo diz a partir do conteúdo das suas palavras, mas também toda a intencionalidade contida nas palavras. Isto é, a linguagem tem duas dimensões, uma não social, estritamente ligada ao sentido literal das palavras e da sintaxe; e outra, social, derivada da função das palavras, relacionada com o contexto social em que se geram as palavras. Nos estudos clássicos sobre a linguagem, estas dimensões foram consideradas independentes uma da outra. Portanto, um indivíduo com uma PEL poderia ter um défice unicamente nos aspetos formais da linguagem. Entrando no contexto clínico, existiria uma separação entre os transtornos da linguagem e os transtornos da cognição social, ou seja, os transtornos autísticos. No entanto, esta abordagem pode não ser sustentada com base nos estudos recentes sobre a interação entre a linguagem e o desenvolvimento das habilidades sociais.

Se se considerar que a dislexia se sustenta num défice fonológico, aspeto disfuncional que uma parte considerável das crianças com PEL partilha, é possível entender o nexo entre a dislexia e a SA. Esta associação, embora seja pouco comum, deve ser contemplada como uma possibilidade em algumas crianças com SA.

A hiperlexia consiste numa excelente habilidade para a mecânica de leitura, mas com uma compreensão da leitura muito baixa. Algumas crianças com SA podem apresentar este problema que, de certo modo, poderia ser o equivalente direto da Perturbação Semântico-Pragmática da linguagem, aplicada à leitura.

O Transtorno da Aprendizagem Não Verbal (TANV)

é uma síndrome que se caracteriza por défices primários na perceção tátil e visual, nas capacidades de coordenação psicomotora e na destreza em lidar com material ou circunstâncias novas. Presumivelmente, uma das áreas de maior preocupação são os problemas sociais e emocionais

com que os pacientes se deparam. Estes problemas poderiam ser o resultado das dificuldades no processamento da informação não verbal e espacial, provocando as falhas e as más interpretações dos sinais sociais subtis vinculados à comunicação não verbal. Assim, torna-se difícil para as crianças com TANV compreenderem as expressões faciais, os gestos e os tons de voz. Este facto pode conduzir ao isolamento social. Algumas crianças tentam aliviar o isolamento que passam com os seus colegas, interagindo unicamente com os adultos, que respondem mais favoravelmente às suas habilidades verbais, são menos sensíveis ao seu torpor motor e são, em geral, mais compreensivos.

Muitas das características que foram descritas para o TANV sobrepõem-se às próprias da SA. Inclusive, seria possível afirmar que o TANV e a SA poderiam representar vários graus de severidade do mesmo *continuum* neurocognitivo. No entanto, também é possível descobrir algumas diferenças e até mesmo intuir limites entre ambos os transtornos. Poder-se-ia afirmar que uma parte das crianças com TANV cumprem critérios do DSM-IV para a SA, mas nem todas as crianças com TANV demonstram um défice social tão grave, nem cumprem todos os critérios de SA. No TANV, não é habitual que apresentem rotinas, rituais comportamentais e padrões inabituais da linguagem tão marcados como na SA. Por outro lado, um dos componentes mais característicos do TANV, o défice visuoespacial, não costuma ser tão acentuado na Síndrome de Asperger.

A depressão também apresenta uma forte comorbilidade com a SA. Deve sublinhar-se que não é raro que alguns sintomas depressivos passem despercebidos aos pais e que possam ser evidenciados unicamente a partir da entrevista individual com a criança.

Os aspetos depressivos que mais frequentemente se verificam em crianças com SA são a falta de autoestima, o estado de humor irritável, a falta de energia, somatizações e problemas do sono.

Os transtornos de ansiedade foram considerados os transtornos psiquiátricos mais frequentes na idade infantil. A sua comorbilidade com a SA é muito maior do que seria

de esperar. Tal como nos transtornos depressivos, existe uma ampla sobreposição de sintomas. A criança ansiosa costuma demonstrar um estado permanente de preocupação ou apreensão, difícil de controlar.

c) Exames médicos complementares

Não existe nenhum exame biológico de diagnóstico para a SA. Portanto, deve-se apenas realizar os exames que estejam orientados para uma manifestação comórbida (por exemplo, um Eletroencefalograma (EEG), preferivelmente de sono, para ajudar no diagnóstico de uma epilepsia), ou em casos raros em que se suspeite de uma etiologia específica. Alguns especialistas consideram conveniente a prática sistemática de um cariótipo, para além do estudo molecular para a Síndrome X Frágil.

Não é útil, nem sensato solicitar de forma sistemática estudos de Ressonância Magnética (RM) ou Tomografia Axial Computorizada (TAC) craniana, estudos sobre doenças metabólicas e potenciais evocados; contudo, em casos concretos, racionalmente selecionados, estes podem oferecer dados interessantes.

Menos justificado é, por outro lado, solicitar exames de alto nível tecnológico, cuja utilidade na SA está restrita ao uso experimental, de acordo com protocolos de investigação (Tomografia por Emissão de Positrões – TEP, Tomografia Computorizada por Emissão de Fóton Único – TCEFU), Magnetoencefalografia, RM funcional). Para levar a cabo estes exames, deve-se cumprir requerimentos éticos mínimos: consentimento informado e financiamento por uma bolsa de investigação.

Porém, de modo algum, estas considerações excluem que todas as crianças com SA sejam submetidas a um rigoroso exame neurológico que vise descobrir estigmas ou alterações que possam sugerir uma etiologia específica. Neste sentido, investigar-se-á a presença de manchas, sugestivas de doenças neurocutâneas, e dismorfias síndromicas. Também é necessário avaliar o défice motor, a fim de excluir outros transtornos neurológicos com alteração da coordenação motora.

d) Tratamento farmacológico da Síndrome de Asperger

Não existe nenhum fármaco específico para a SA, mas é muito importante tratar certos sintomas. Visto que os resultados sobre o uso de psicofármacos na SA estão amplamente avaliados pela experiência, é necessário, em todo o caso, perguntar-se se é possível melhorar os sintomas de uma criança com SA, mediante a prescrição de uma medicação. Não parece prudente, nem possivelmente sensato, que haja uma atitude obcecadamente abstencionista.

Cada paciente é diferente do outro e cada idade merece considerações específicas no que diz respeito à resposta aos fármacos. No entanto, é aconselhável seguir algumas normas gerais, expostas mais abaixo, que visam otimizar o uso dos psicofármacos. A introdução lenta de um fármaco permite minimizar possíveis efeitos secundários que, por vezes, desanimam a família a continuar a administrar um produto considerado com negativo pelo facto de ter produzido sintomas indesejáveis. Uma introdução lenta permite, assim, ajustar a dosagem da forma mais precisa, porque cada paciente pode responder de maneira diferente.

Princípios gerais para o tratamento farmacológico da Síndrome de Asperger

- *Vamos tratar sintomas.*
- *Deve-se começar com doses muito baixas e fazer uma escalada lenta.*
- *Deve-se utilizar, dentro do possível, escalas de comportamento que permitam avaliar a resposta.*
- *Não se deve manter um fármaco se não houver uma clara evidência da sua eficácia.*
- *Deve-se suprimir periodicamente a medicação para avaliar se continua a ser necessária.*
- *Em geral, cada fármaco requer controlos específicos.*
- *Avaliar, mediante questionários específicos, possíveis efeitos secundários.*
- *“Natural” não é sinónimo de “inócuo”.*

Uma das maiores dificuldades com as quais nos deparamos no uso de psicofármacos consiste em avaliar a sua eficácia. Ao contrário de outras doenças com sintomas que podem ser objetivados ou quantificáveis por métodos técnicos, na SA, a melhoria baseia-se quase exclusivamente na opinião de pais ou educadores. É necessário dispor de escalas que permitam quantificar o sintoma ou sintomas que estão a ser tratados, para ter a certeza de que o efeito benéfico da medicação vai mais além do desejo razoável de se obter uma melhoria. Para os problemas de atenção e hiperatividade, pode ser útil a Escala de Conners. Também é necessário recolher a opinião de diferentes observadores em situações diversas. Por exemplo, é possível que uma resposta favorável ao metilfenidato seja observável na escola, mas impercetível em casa, consequência de o efeito do medicamento já ter passado quando o horário escolar terminou.

Visto que os fármacos aplicados na SA ‘não curam’, torna-se totalmente necessário chegar à certeza do seu efeito favorável sobre determinados sintomas. Se não for esse o caso, não há nenhuma razão para manter uma medicação. É também necessário que se suspenda periodicamente o fármaco a fim de verificar se a sua eficácia se mantém. Dado que os sintomas da SA estão relacionados com o desenvolvimento do sistema nervoso, tanto a expressão dos mesmos como a resposta à medicação podem variar. Portanto, o facto de se estabelecer periodicamente intervalos sem medicação permite conhecer o curso natural do transtorno e ir atualizando o regime terapêutico. Durante os períodos de descanso, pode-se deixar de administrar a medicação ou recomendar um placebo, em cujo caso a avaliação terá que ser mais precisa. Segundo a medicação administrada, será necessário estabelecer controlos analíticos ou de outra ordem, específicos para cada fármaco. Deste modo, poderão ser evitados possíveis efeitos secundários que, embora pouco frequentes, não devem deixar de ser tidos em consideração. Neste sentido, recomenda-se entregar à família uma ficha que permita avaliar, através da observação, possíveis efeitos secundários.

Em seguida, expõem-se os sintomas suscetíveis de receber tratamento. De acordo com os sintomas que se verificarem em qualquer um destes grupos, poder-se-á

recomendar um tratamento apropriado a cada caso. Dada a complexidade sintomática da SA, não se deve excluir a politerapia.

Sintomas que podem ser tratados

- *Epilepsia*
- *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção*
- *Perturbações de comportamento*
- *Depressão*
- *Ansiedade*
- *Tiques*
- *Sintomas obsessivos*
- *Perturbações do sono*

e) Produtos “alternativos”

Uma das consequências da atitude reticente ao uso de psicofármacos em crianças levou à expansão do uso de produtos alternativos, também chamados “naturais”. O aspeto comum entre estes produtos é que não são regulados pelos controlos sanitários e de qualidade requeridos para os produtos registados como fármacos. Dentro desta abordagem, encontram-se as megavitaminas, o ferro, o zinco, o magnésio, a piridoxina, os ácidos gordos essenciais, os antioxidantes, a levedura de cerveja, as dietas hipoglicémicas, a eliminação de corantes e aditivos dos alimentos e dietas sem glúten ou caseína.

Um facto comum é que o seu efeito não se baseia numa abordagem teórica aceite cientificamente. Nenhuma destas formas de intervenção demonstrou, mediante estudos controlados, efeitos positivos sobre as PEA. Também não têm uma ação quotidiana específica que permita, pelo menos, observar de forma objetiva a resposta terapêutica.

Glossário

Termo ES	Termo PT	Definição	Fonte
<u>Cerebelo</u>	<u>Cerebelo</u>	Parte do encéfalo situada na fossa cerebral posterior, atrás do bolbo raquidiano e da protuberância anular, e que é constituído por três partes: uma mediana, o vérmis, e duas laterais, os hemisférios cerebelosos; controla o equilíbrio, o tónus da postura e o conjunto dos movimentos automáticos.	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/cerebelo
<u>CIE-10 – Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud</u>	<u>CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde</u>	Décima versão, publicada em 1994, do sistema de classificação de doenças publicado pela Organização Mundial de Saúde, muito utilizado em estatísticas sobre mortalidade e morbilidade, mas também sobre informação clínica, epidemiológica e propósitos de qualidade.	http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Estat%C3%ADstica_Internacional_de_Doen%C3%A7as_e_de_Problemas_Relacionados_%C3%A0_Sa%C3%BAde,_10%C2%AA_Revis%C3%A3o_(CID-10) http://ec.europa.eu/health/indicators/international_classification/index_pt.htm
<u>Cociente Intelectual (CI)</u>	<u>Quociente de Inteligência (QI)</u>	Relação entre a idade mental, determinada através de uma série de testes psicológicos padronizados, e a idade real; o QI permite avaliar o grau de desenvolvimento intelectual, sendo na criança normal, com inteligência média, igual a 100.	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/quociente_de_inteligencia

<u>Cognición Social</u>	<u>Cognição Social</u>	Conjunto de processos pelos quais as pessoas conhecem o mundo social; implica atividades mentais de tratamento de informação social, pelos quais se constrói um conhecimento do mundo social e dos outros.	http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/psi_social/glossario/glossario.htm
<u>Comorbilidad</u>	<u>Comorbilidade (ou comorbidade)</u>	Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente.	https://www.priberam.pt/DLPO/comorbilidade
<u>Córtex prefrontal</u>	<u>Córtex pré-frontal</u>	Área situada no lobo frontais e que constitui a máxima expressão do desenvolvimento cerebral, sendo o responsável último da cognição, do comportamento e da atividade emocional; é neste córtex que se encontram as funções executivas (FE) que organizam o comportamento humano, permitindo a resolução de problemas complexos.	http://www.blog.estimulopraxis.com/?p=613
<u>DAMP (Deficits in Attention, Motor Control and Perception)*</u>	<u>DAMP (Deficits in Attention, Motor Control and Perception)</u>	Perturbação do Neurodesenvolvimento caracterizada por uma combinação de perturbações da atenção, do controlo motor e da perceção; com frequência estão associadas perturbações da linguagem, das aquisições académicas, emocionais ou comportamentais.	http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjACahUKEwjP-Mj8v8fIAhUFuBoKHessC6Y&url=http%3A%2F%2Factapediatrica.spp.pt%2Farticle%2Fdownload%2F5384%2F4141&usq=AFQjCNFvWRInbBeTgepJ7dfZW6ZZjQWhEg&bvm=bv.105454873,d.d2s&cad=rja http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&source=web&cd=5&ved=0CDoQFjAEahUKEwjP-

<u>Ecolalia</u>	<u>Ecolalia</u>	<p>Perturbação de comunicação que consiste em repetições contínuas, por parte do paciente, dos vocábulos ou do final das frases dos interlocutores.</p>	http://www.lexico.pt/ecolalia/
<u>Electroencefalograma (EEG)</u>	<u>Eletroencefalograma (EEG)</u>	<p>Traçado gráfico dos ritmos elétricos cerebrais, obtidos graças à aplicação de elétrodos aplicados no couro cabeludo.</p>	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/electroencefalograma
<u>Escala de Inteligencia de Conners</u>	<u>Escala de Inteligência de Conners</u>	<p>Escalas criadas em 1969, tendo como objetivo avaliar a melhoria no comportamento da criança hiperativa, como consequência do tratamento farmacológico; converteram-se nos instrumentos utilizados com mais frequência para a avaliação de sintomas de hiperatividade, falta de atenção e problemas de comportamento. Atualmente, existe uma grande variedade de escalas derivadas da Escala de Conners original, como por exemplo uma versão abreviada destinada a pais e mães e outra ao corpo docente, que sofreram inúmeras revisões.</p>	http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1497/1/TESE-%20Olga.pdf

<u>Escalas de Inteligencia de Wechsler</u>	<u>Escalas de Inteligência de Wechsler</u>	Instrumentos de avaliação cognitiva, de administração individual, criados pelo psicólogo David Wechsler e muitas vezes utilizados em contexto educativo e clínico, para medição do Quociente de Inteligência, a partir do resultado composto de um conjunto heterogéneo de tarefas; derivadas das publicações originais, várias versões destas escalas foram traduzidas e atualizadas em todo o mundo, nomeadamente a <i>Wechsler Individual Achievement Scales for Children</i> ou ainda a <i>Wechsler Individual Achievement Test</i> .	https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13033/1/tese-ana-cristina-rosario.pdf
<u>Esquizofrenia</u>	<u>Esquizofrenia</u>	Patologia do foro psiquiátrico, bastante complexa, que pode ser dividida em diferentes tipos; o traço mais marcante desta doença é a dissociação sentida pelo paciente e a realidade em que este, de facto, está inserido.	http://www.lexico.pt/esquizofrenia/
<u>Estereotipia</u>	<u>Estereotipia</u>	Tendência para conservar a mesma atitude ou para repetir o mesmo movimento ou as mesmas palavras, frequente na demência precoce e nos estados esquizofrénicos.	http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estereotipia
<u>Etiología</u>	<u>Etiologia</u>	Área da medicina que se dedica ao estudo da causa ou fonte das patologias.	http://www.lexico.pt/etiologia/

<u>Función Ejecutiva</u>	<u>Função Executiva</u>	<p>Conjunto de funções, geridas pelo córtex pré-frontal, que organizam o comportamento humano, permitindo a resolução de problemas complexos. Compreende capacidades como a de seleccionar, planificar, antecipar ou inibir a atividade mental; a capacidade de monitorizar de tarefas; a seleção, previsão e antecipação de objetivos; a flexibilidade dos processos cognitivos; a fluência verbal; a formação de conceitos abstratos e pensamento conceptual; a organização temporal do comportamento e a consciência ética.</p>	<p>http://www.blog.estimulopraxis.com/?p=613</p>
<u>Hemisferio derecho</u>	<u>Hemisfério direito</u>	<p>Metade situada do lado direito do cérebro anterior propriamente dito (telencéfalo), separada do hemisfério esquerdo pela foice do cérebro (na fenda inter-hemisférica), disposta simetricamente em relação ao plano sagital mediano. O hemisfério direito controla as funções não verbais, o que inclui atividades como o reconhecimento de diferentes padrões visuais ou desenhos, ler e interpretar mapas e apreciar a música. O hemisfério direito do cérebro controla também o lado esquerdo do corpo, e vice-versa.</p>	<p>http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/hemisferio_cerebral</p> <p>http://www.novamente.pt/o-que-e/</p>

<u>Hiperlexia</u>	<u>Hiperlexia</u>	Capacidade de ler precocemente, em especial antes dos 5 anos, geralmente não acompanhada do mesmo nível de compreensão escrita e muitas vezes associada ao autismo.	https://www.priberam.pt/DLPO/hiperlexia
<u>Interacción social</u>	<u>Interação social</u>	Processo através do qual as pessoas se relacionam umas com as outras, num determinado contexto social; a interação apoia-se no princípio da reciprocidade da ação e é reconhecida como condição necessária para a organização espaciotemporal, o que significa que os atos dos indivíduos não são independentes, mas condicionados pela percepção do comportamento do outro.	http://www.infopedia.pt/\$interacao-social
<u>Lóbulo frontal</u>	<u>Lobo frontal</u>	Parte frontal de cada hemisfério cerebral, sendo o mais extenso dos lobos cerebrais e o de maior importância funcional na espécie humana, visto que regula todas as funções cognitivas superiores; divide-se em dois grandes territórios: o córtex motor e o córtex pré-frontal.	http://www.blog.estimulopraxis.com/?p=613
<u>Magnetoencefalografía</u>	<u>Magnetoencefalografia</u>	Técnica utilizada em Neurologia, que se baseia na medição dos campos magnéticos resultantes da atividade eletromagnética do encéfalo.	http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/magnetoecefalografia

<u>Megavitaminas</u>	<u>Megavitaminas</u>	Terapia criada nos anos 50 que visava prevenir, proteger e corrigir doenças físicas e/ou mentais através de uma variação da concentração de determinadas substâncias no corpo humano, obtida pela toma de elevadas doses de vitaminas (inicialmente vitamina B3, passando posteriormente a recorrer-se a outras vitaminas).	http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=6&ved=0CEAQFjAFahUKEwjRvKiRs dHIAhVLVhQKHYS mCzQ&url=http%3A%2F%2Fwww.associacaoportuguesadereiki.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F02%2Ftes e-monica-policarpo.pdf&usg=AFQjCNF1M7GvIYy3NCVGB67l4VmhPGI I9g&cad=rja
<u>Metilfenidato</u>	<u>Metilfenidato</u>	Estimulante químico do sistema nervoso central.	http://hiperatividade.pt/metilfenidato/
<u>Neurodesarrollo</u>	<u>Neurodesenvolvimento</u>	Desenvolvimento do sistema nervoso, incluindo a motricidade, a manipulação, as competências sensoriais, a comunicação e a linguagem, os comportamentos, as competências cognitivas, os afetos e as emoções.	http://www.priberam.pt/dlpo/neurodesenvolvimento
<u>Neuroimagen</u>	<u>Neuroimagem</u>	Exame que inclui uma ampla gama de técnicas de mapeamento cerebral, cada uma com informações específicas sobre o cérebro.	https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27099/1/Methods%20for%20Multivariate%20Analyses%20in%20Neuroimaging%20-%20FabioFerreira.pdf
<u>Neurotransmissor</u>	<u>Neurotransmissor</u>	Substância química libertada pelos neurónios e que permite a transmissão de impulsos nervosos a outras células.	https://www.priberam.pt/DLPO/neurotransmissor

<u>Palilalia</u>	<u>Palilalia</u>	Repetição involuntária e incoercível de uma ou mais palavras (em geral no fim de uma frase).	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/palilalia
<u>Piridoxina</u>	<u>Piridoxina</u>	Substância vitamínica (vitamina B6) isolada das leveduras, do gérmen de trigo e dos tecidos animais. É prescrita em associação com outras vitaminas do grupo B, nas carências vitamínicas B, em certas dermatoses e perturbações musculares.	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/piridoxina
<u>Politerapia</u>	<u>Politerapia</u>	Tratamento em que são administrados a um paciente múltiplos medicamentos de forma simultânea.	https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15818/6/INTRODU%C3%87%20O.pdf
<u><i>Positron Emission Tomography (PET)</i></u> **	<u>Tomografia por Emissão de Positrões (TEP)</u>	Técnica de imagem médica que utiliza moléculas que incluem um componente radioativo (radionuclídeo); administradas no corpo humano, estas moléculas podem ser utilizadas para detetar e localizar reações bioquímicas associadas a determinadas doenças, nomeadamente nas áreas da oncologia, da cardiologia e da neurologia.	http://www.uc.pt/icna/s/pet_informacao_generica.pdf
<u>Psicofármaco</u>	<u>Psicofármaco</u>	Substância medicamentosa usada em psicofarmacologia ou que atua no psiquismo e no funcionamento cerebral.	https://www.priberam.pt/DLPO/psicof%C3%A1rmaco

<u>Resonancia Magnética (RM)</u>	<u>Ressonância Magnética (RM)</u>	Técnica de diagnóstico que utiliza poderosos magnetos e ondas de rádio para produzir imagens tridimensionais muito nítidas do cérebro; obtém imagens do corpo humano nos vários planos (axial, coronal e sagital). Não utiliza radiações X nem outras radiações ionizantes e é considerado inócuo para o organismo.	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/ressonancia_magnetica http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-21-exames-utilizados-no-diagnostico-de-demencia http://www.imi.pt/pt/content/17-servios/92-o-que-a-ressonancia-magnetica?main=18&current=71
<u>Resonancia Magnética (RM) Funcional</u>	<u>Ressonância Magnética (RM) Funcional</u>	Ressonância Magnética que reflete o nível de atividade das células nervosas em cada região. A imagem funcional permite medir indiretamente a atividade cerebral, pois é sensível às alterações na oxigenação, fluxo e volume sanguíneo que ocorrem em resposta à atividade neuronal – resposta hemodinâmica.	https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQFjACahUKEwirmOtsLIAhXD7BQKHd7dBpE&url=http%3A%2F%2Fwww.este.sl.ipl.pt%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Ffi-cheiros%2Fartigo_4st_ntematico_2.pdf&u sg=AFQjCNFeNkuLv m_j1IcJG0Mtojd4hey wgg
<u>Síndrome de Tourette</u>	<u>Síndrome de Tourette</u>	Doença de evolução progressiva que começa na infância e se caracteriza por tiques faciais e vocais, com presença de ecolalia e coprolalia.	http://medicosdeportugal.sapo.pt/glossario/gilles_de_la_tourette_sindrome

<u>Síndrome de X-Frágil</u>	<u>Síndrome X Frágil</u>	Doença genética associada ao cromossoma X, causada por uma mutação num gene conhecido como FMR1, que faz com que o gene deixe de funcionar, impossibilitando a produção da proteína FMRP. A gravidade do défice cognitivo das crianças com SXF é correlacionável com o nível de proteína que este gene ainda consegue produzir.	http://www.apsxf.org/page.php?id_p=19&id_sp=17
<u>Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)</u> **	<u>Tomografia Computorizada por Emissão de Fóton Único (TCEFU)</u>	Técnica de imagem médica que utiliza raios gama, compostos por fotões, utilizado para medir o fluxo de sangue para as várias regiões do cérebro. Produz imagens em duas dimensões, semelhantes às radiografias, mas que podem ser trabalhadas posteriormente, de forma informática, para obter um retrato tridimensional. Embora menos precisa que a TEP, a TCEFU é mais barata e utiliza isótopos de longa duração, que permitem períodos de observação mais prolongados aos analistas, o que facilita, por exemplo, o estudo das funções cerebrais.	http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-21-exames-utilizados-no-diagnostico-de-demencia http://www.superinteressante.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=2457:a-revolucao-das-imagens&catid=3:artigos&Itemid=77
<u>Teoría de la Mente</u>	<u>Teoria da Mente</u>	Capacidade de atribuir a si próprio e aos outros estados mentais (tais como emoções, desejos, intenções) e de prever o comportamento dos demais em função desses estados.	http://www.scielo.me.c.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312013000400005

<u>Tomografia Axial Computerizada (TAC)</u>	<u>Tomografia Axial Computorizada (TAC)</u>	Técnica que consiste em tratar por computador a informação fornecida por múltiplos raios X tirados em curto espaço de tempo e que são utilizados para criar uma imagem tridimensional do cérebro.	http://www.priberam.pt/dlpo/tomografia http://www.superinteressante.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=2457:a-revolucao-das-imagens&catid=3:artigos&Itemid=77
<u>Trastorno de Déficit de Atención-Hiperactividad (TDA-H)</u>	<u>Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção (PHDA)</u>	Perturbação do Neurodesenvolvimento caracterizada por um conjunto de alterações comportamentais (agitação motora, impulsividade e desatenção); está associada a um conjunto de alterações neuroquímicas e neurofuncionais das áreas do córtex que regulam e inibem o comportamento, e está frequentemente associada a outras perturbações comórbidas.	http://www.clinicadesaudementaldoporto.pt/002.aspx?dqa=0:0:0:78:0:0:-1:0:0&ct=68
<u>Trastorno del Aprendizaje No Verbal (TANV)</u>	<u>Transtorno da Aprendizagem Não Verbal (TANV)</u>	Síndrome que se caracteriza por défices primários na perceção tátil e visual, nas capacidades de coordenação psicomotora e na destreza em lidar com material ou circunstâncias novas; o perfil cognitivo da criança revela frequentemente uma capacidade verbal avançada e uma boa capacidade de memória auditiva.	https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAAAhUKEwjxqpqY9NnIAhXD1BoKHbIpD2M&url=http%3A%2F%2Frecil.grupolusofona.pt%2Fbitstream%2Fhandle%2F10437%2F1602%2FDisserta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520de%2520M%2520Carmo%2520Viseu.%2520cor.pdf%3Fsequence%3D1&usg=__AFQjCNFfKaqrlo9uVhqwSLf04s60jZ5Bw&bm=bv.105841590.d.d2s

<p><u>Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (TDC)</u></p>	<p><u>Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora (PDCM)</u></p>	<p>Perturbação no desenvolvimento da coordenação motora que interfere significativamente com a aprendizagem escolar ou as atividades do dia-a-dia (atraso marcado nas aquisições motoras, deixar cair objetos frequentemente, mau desempenho nos desportos, má caligrafia) e não se deve a uma doença médica geral. Apesar de a PDCM poder existir de forma isolada, está frequentemente associada à SA.</p>	<p>http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&e src=s&source=web&c d=8&ved=0CEoQFjAHahUKEwi5q5LYpd bIAhXHtRQKHdrXCx8&url=http%3A%2F%2Fsaudeinfantil.asic.pt%2Fdownload.php%3Farticle_id%3D44&usg=AFQjCNFQIar yYQV_xhW8biIJMu po17NfZg&cad=rja</p>
<p><u>Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)</u></p>	<p><u>Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)</u></p>	<p>Perturbação comportamental, frequentemente derivada de situações de grande ansiedade ou pânico, caracterizada pela presença de pensamentos obsessivos que levam à execução repetitiva de gestos ou tarefas, de forma a minimizar esse estado; as compulsões são, assim, comportamentos, ações, pensamentos que servem de resposta ao mal-estar causado pelas obsessões.</p>	<p>https://www.clinicadamente.com/tratamentos/transtorno-obsessivo/</p> <p>http://www.clinicadesaudementaldoporto.pt/002.aspx?dqa=0:0:0:55:0:0;-1:0:0&ct=54</p>

<p><u>Trastornos del Espectro Autista (TEA)</u></p>	<p><u>Perturbações do Espectro Autista (PEA)</u></p>	<p>Conjunto de perturbações que consistem num distúrbio severo do Neurodesenvolvimento e do desenvolvimento social, manifestando-se através de dificuldades muito específicas e por vezes graves da comunicação e da interação social, associadas a dificuldades em utilizar o pensamento abstrato, em aceitar alterações de rotinas que se traduzem na exibição de comportamentos estereotipados e de interesses restritos. Entre as perturbações que integram o leque das PEA estão nomeadamente a Perturbação Autística (autismo de Kanner, também chamado autismo infantil ou clássico) ou ainda a Síndrome de Asperger; segundo o DSM-IV-TR, para que seja estabelecido um diagnóstico de PEA, o indivíduo tem de responder positivamente a seis dos doze critérios estabelecidos e pelo menos dois desses critérios devem refletir dificuldades na área do desenvolvimento social, dois devem incluir-se na área da comunicação e os outros dois devem estar relacionados com atividades e interesses atípicos.</p>	<p>http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2562/1/ClaudiaMartins.pdf</p>
---	--	---	--

<u>Via mesolímbica</u>	<u>Via mesolímbica</u>	Via dopaminérgica que tem como funções a aprendizagem motivada pela recompensa, a sensação de prazer, a adição e a memória; quando alterada, observam-se alterações comportamentais, como descontrolo de impulsos, depressão e pânico.	http://www.psilogos.com/Revista/Vol3N2/Indice6_ficheiros/Peixinho.pdf
------------------------	------------------------	--	---

* Sigla em inglês, correntemente utilizada (em contexto relacionado com esta temática) no norte da Europa, onde os estudos sobre esta patologia surgiram e se desenvolveram, e que foi adotada no país da Língua de Partida do texto.

** Sigla em inglês frequentemente utilizada, em contexto relacionado com a temática em questão, no país da Língua de Partida do texto, em detrimento de uma tradução direta do termo.

(Fontes compiladas pela última vez a 24/10/2015)